

**Problematischer Alkoholkonsum  
und seine unmittelbaren Kovariablen**

**Helga Pohl**

**1975**









Problematischer Alkoholkonsum  
und seine unmittelbaren Kovariablen

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Philosophischen Fakultät  
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Helga Pohl  
in München

Referent: Prof. Dr. W. Butollo

Korreferent: Prof. Dr. K. Müller

Tag der mündlichen Prüfung: 26.6.1975



La planète suivante était habitée par un buveur. Cette visite fut très courte, mais elle plongea le petit prince dans une grande mélancolie:

- Que fais-tu là? dit-il au buveur, qu'il trouva installé en silence devant une collection de bouteilles vides et une collection de bouteilles pleines.
- Je bois, répondit le buveur, d'un air lugubre.
- Pourquoi bois-tu? lui demanda le petit prince.
- Pour oublier, répondit le buveur.
- Pour oublier quoi? s'enquit le petit prince qui déjà le plaignait.
- Pour oublier que j'ai honte, avoua le buveur en baissant la tête.
- Honte de quoi? s'informa le petit prince qui désirait le secourir.
- Honte de boire! acheva le buveur qui s'enferma définitivement dans le silence.

Et le petit prince s'en fut, perplexe.

(aus: Antoine de SAINT-EXUPÉRY:  
Le Petit Prince.  
Editions Gallimard, 1946)



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41551911\\_0052](https://archive.org/details/IA41551911_0052)



I n h a l t

|                                                                                      | Seite |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. <u>Einleitung: Zur Entstehung der Arbeit</u>                                      | 1     |
| 2. <u>Theoretischer, methodischer und empirischer Bezugsrahmen</u>                   | 2     |
| 2.1. <u>Theorie</u>                                                                  | 2     |
| 2.1.1. Definitionen und Modelle                                                      | 2     |
| 2.1.1.1. Stand der definitorischen Bemühungen                                        | 2     |
| 2.1.1.2. Grundlegende Konzepte des Alkoholismus                                      | 4     |
| 2.1.1.3. Diskussion des Krankheitskonzepts des Alkoholismus                          | 7     |
| 2.1.1.3.1. Das Krankheitskonzept und seine impliziten Annahmen                       | 7     |
| 2.1.1.3.2. Folgen des Konzepts                                                       | 10    |
| 2.1.1.3.2.1. Folgen für die Gesellschaft                                             | 10    |
| 2.1.1.3.2.2. Folgen für den Betroffenen                                              | 11    |
| 2.1.1.3.2.3. Folgen für die Diagnose                                                 | 12    |
| 2.1.1.3.2.4. Folgen für die Therapie                                                 | 12    |
| 2.1.1.3.2.5. Folgen für die Prävention                                               | 14    |
| 2.1.1.3.2.6. Folgen für die Forschung                                                | 14    |
| 2.1.1.4. Sucht, "craving" und "Kontrollverlust"                                      | 15    |
| 2.1.1.5. Abhängigkeit und Toleranz                                                   | 18    |
| 2.1.1.6. "Problematischer Alkoholkonsum"                                             | 19    |
| 2.1.2. Theorien über die unmittelbaren Kovariablen von problematischem Alkoholkonsum | 23    |
| 2.1.2.1. Zum Konzept der unmittelbaren Kovariablen                                   | 23    |
| 2.1.2.2. Soziokulturelle Theorien                                                    | 25    |
| 2.1.2.2.1. Generelle Struktur dieser Theorien                                        | 25    |
| 2.1.2.2.2. Normenkonfusion oder -ambivalenz und Trinkstil                            | 30    |
| 2.1.2.2.3. Definitionen des Alkohols                                                 | 33    |
| 2.1.2.2.4. Die Etikettierungstheorie                                                 | 35    |
| 2.1.2.2.5. Das Verbrauchsverteilungsmodell                                           | 41    |

|                                                               | Seite |
|---------------------------------------------------------------|-------|
| 2.1.2.3. Lerntheorien                                         | 42    |
| 2.1.2.3.1. Generelle Struktur dieser Theorien                 | 42    |
| 2.1.2.3.2. Genuin positive Wirkung des Alkohols               | 43    |
| 2.1.2.3.3. Das Angst/Spannungsreduktionsmodell                | 44    |
| 2.1.2.3.4. Alkoholismus als falsches Trinkverhalten           | 46    |
| 2.1.2.3.5. Alkoholismus als soziale Interaktionsform          | 46    |
| 2.2 <u>Methodik</u>                                           | 48    |
| 2.2.1. Indirekte Methoden                                     | 48    |
| 2.2.1.1. Generelle Problematik dieser Methoden                | 48    |
| 2.2.1.2. Die Methode von JELLINEK                             | 50    |
| 2.2.1.3. Die Methode von LEDERMANN                            | 55    |
| 2.2.1.4. Andere indirekte Methoden                            | 57    |
| 2.2.2. Direkte Methoden                                       | 58    |
| 2.2.2.1. Beobachtungen unter natürlichen Bedingungen          | 58    |
| 2.2.2.1.1. Unstandardisierte Beobachtungen                    | 58    |
| 2.2.2.1.2. Standardisierte Beobachtungen                      | 60    |
| 2.2.2.2. Beobachtungen unter experimentellen Bedingungen      | 61    |
| 2.2.2.3. Projektive Techniken                                 | 63    |
| 2.2.2.4. Befragungen                                          | 64    |
| 2.2.2.4.1. Generelle und spezifische Probleme dieser Methode  | 64    |
| 2.2.2.4.2. Skalen zur Erfassung der Höhe des Alkoholkonsums   | 67    |
| 2.2.2.4.3. Skalen zur Erfassung von Trinkproblemen            | 71    |
| 2.2.2.4.4. Skalen zur Erfassung der unmittelbaren Kovariablen | 73    |

|                                                          | Seite |
|----------------------------------------------------------|-------|
| 2.3. <u>Empirische Ergebnisse</u>                        | 75    |
| 2.3.1. Art und Ausmaß von problematischem Alkoholkonsum  | 75    |
| 2.3.1.1. Höhe des Alkoholkonsums                         | 75    |
| 2.3.1.2. Trinkprobleme                                   | 79    |
| 2.3.1.2.1. Gesundheitliche Probleme                      | 82    |
| 2.3.1.2.2. Verkehrsunfälle und -delikte                  | 86    |
| 2.3.1.2.3. Arbeitsprobleme                               | 88    |
| 2.3.1.2.4. Ehe- und Familienprobleme                     | 91    |
| 2.3.1.2.5. Kriminalität                                  | 91    |
| 2.3.2. Unmittelbare Kovariablen                          | 93    |
| 2.3.2.1. Trinkmuster und -umstände                       | 93    |
| 2.3.2.2. Trinknormen und -einstellungen                  | 99    |
| 2.3.2.3. Alkoholdefinitionen bzw. -motivationen          | 107   |
| 2.3.2.4. Einstellungen gegenüber Alkoholikern            | 112   |
| 2.3.2.5. Akute Alkoholwirkung                            | 121   |
| 2.3.2.5.1. Wirkung auf die subjektive Befindlichkeit     | 121   |
| 2.3.2.5.2. Wirkung auf soziale Verhaltensweisen          | 127   |
| 2.3.2.5.2.1. Wirkung auf die Sexualität                  | 127   |
| 2.3.2.5.2.2. Wirkung auf die Aggressivität               | 131   |
| 2.3.2.5.2.3. Wirkung auf andere soziale Verhaltensweisen | 134   |
| 2.3.3. Zusammenhang mit demographischen Merkmalen        | 135   |
| 2.3.3.1. Geschlecht und Alter                            | 136   |
| 2.3.3.2. Familienstand                                   | 145   |
| 2.3.3.3. Sozioökonomischer Status                        | 145   |
| 2.3.3.4. Wohnort                                         | 151   |

|                                                                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 3. <u>Fragebogenuntersuchung über problematischen<br/>Alkoholkonsum und seine unmittelbaren<br/>Kovariablen</u> | 153 |
| 3.1. <u>Begründung der vorliegenden Untersuchung</u>                                                            | 153 |
| 3.1.1. Problemstellung                                                                                          | 153 |
| 3.1.2. Wahl der Kriterien                                                                                       | 154 |
| 3.1.3. Wahl der Kovariablen                                                                                     | 155 |
| 3.1.4. Einbeziehung demographischer Merkmale                                                                    | 156 |
| 3.1.5. Wahl der Methode                                                                                         | 157 |
| 3.1.6. Wahl der Versuchspersonen                                                                                | 158 |
| 3.2. <u>Methode</u>                                                                                             |     |
| 3.2.1. Anlage der Gesamtuntersuchung                                                                            | 161 |
| 3.2.2. Fragebogenkonstruktion und<br>-herstellung                                                               | 162 |
| 3.2.3. Stichprobengewinnung                                                                                     | 164 |
| 3.2.4. Durchführung der Befragung                                                                               | 164 |
| 3.2.5. Datenaufbereitung und statistische<br>Analyse                                                            | 167 |
| 3.2.6. Beschränkungen des Aussagewerts                                                                          | 169 |
| 3.3. <u>Ergebnisse</u>                                                                                          |     |
| 3.3.1. Demographische Merkmale der Stichprobe                                                                   | 172 |
| 3.3.1.1. Beschreibung der Stichprobe anhand<br>der erhobenen demographischen Merk-<br>male (Kontrollvariablen)  | 172 |
| 3.3.1.1.1. Geschlecht und Alter                                                                                 | 172 |
| 3.3.1.1.2. Familiäre Verhältnisse                                                                               | 174 |
| 3.3.1.1.3. Sozioökonomischer Status                                                                             | 175 |
| 3.3.1.1.4. Ortsgröße in der Jugend                                                                              | 178 |
| 3.3.1.2. Vergleich der Stichprobe mit Angaben<br>aus der Bevölkerungsstatistik                                  | 178 |
| 3.3.1.3. Zusammenfassung                                                                                        | 181 |

|                                                                                                         | Seite |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 3.3.2. Kriterien                                                                                        | 182   |
| 3.3.2.1. Auswahl der Kriterien                                                                          | 182   |
| 3.3.2.2. Analyse der Kriteriendaten                                                                     | 184   |
| 3.3.2.2.1. Höhe des Alkoholkonsums                                                                      | 184   |
| 3.3.2.2.1.1. Trinkfrequenz                                                                              | 184   |
| 3.3.2.2.1.2. Trinkquantität                                                                             | 188   |
| 3.3.2.2.1.2.1. Prozentuale Verteilung der<br>Trinkquantitäten                                           | 188   |
| 3.3.2.2.1.2.2. Faktorenanalyse der Trink-<br>quantitätsskalen                                           | 188   |
| 3.3.2.2.1.2.3. Summenscores der Trink-<br>quantitäten                                                   | 189   |
| 3.3.2.2.1.3. Gesamttrinkscore                                                                           | 189   |
| 3.3.2.2.2. Trinkprobleme                                                                                | 189   |
| 3.3.2.2.2.1. Häufigste und seltenste Trink-<br>probleme                                                 | 189   |
| 3.3.2.2.2.2. Faktorenanalyse der Trink-<br>probleme                                                     | 195   |
| 3.3.2.2.3. Beziehungen zwischen der Höhe des<br>Alkoholkonsums und den Trink-<br>problemen              | 201   |
| 3.3.2.3. Zusammenfassung                                                                                | 206   |
| 3.3.3. Beziehungen zwischen den Kriterien und<br>den demographischen Merkmalen (Kontroll-<br>variablen) | 207   |
| 3.3.3.1. Geschlecht und Alter                                                                           | 207   |
| 3.3.3.2. Familiäre Verhältnisse                                                                         | 210   |
| 3.3.3.3. Sozioökonomischer Status                                                                       | 210   |
| 3.3.3.4. Zusammenfassung                                                                                | 214   |
| 3.3.4. Faktorenanalyse der Kovariablen                                                                  | 215   |
| 3.3.4.1. Themenkomplexe der Fragebögen                                                                  | 215   |
| 3.3.4.2. Analysetechnik                                                                                 | 217   |
| 3.3.4.3. Beschreibung der Faktoren                                                                      | 219   |



|                                                                                                                                                                               | Seite |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 3.3.4.3.1. Einstellungen und Normen gegen-<br>über Alkoholkonsum, Alkoholikern<br>und Abstinenzlern (Fragebogen C)                                                            | 219   |
| 3.3.4.3.2. Trinkmotivationen (Fragebogen D)                                                                                                                                   | 224   |
| 3.3.4.3.3. Trinkmuster und -umstände<br>(Fragebogen E)                                                                                                                        | 232   |
| 3.3.4.3.4. Akute Alkoholwirkung<br>(Polaritätsprofile H2)                                                                                                                     | 237   |
| 3.3.5. Beziehungen zwischen den Kovariablen-<br>Faktoren und den demographischen Merk-<br>malen (Kontrollvariablen)                                                           | 243   |
| 3.3.6. Beziehungen zwischen den Kovariablen-<br>Faktoren und den Kriterien des proble-<br>matischen Alkoholkonsums                                                            | 245   |
| 3.3.6.1. Prädiktion der Kriterien durch die<br>Kovariablen                                                                                                                    | 246   |
| 3.3.6.2. Inhaltliche Interpretation der Zusam-<br>menhänge zwischen den einzelnen Ko-<br>variablenfaktoren, den Kriterien der<br>Konsumhöhe und den Trinkproblem-<br>faktoren | 254   |
| 3.3.6.2.1. Irrelevante Kovariablenfaktoren                                                                                                                                    | 254   |
| 3.3.6.2.2. Kovariablenfaktoren, die mit un-<br>problematischem Alkoholkonsum ein-<br>hergehen                                                                                 | 256   |
| 3.3.6.2.3. Kovariablenfaktoren, die mit pro-<br>blematischem Alkoholkonsum einher-<br>gehen                                                                                   | 259   |
| 3.3.6.2.4. Entwicklung neuer Modelle des<br>problematischen Alkoholkonsums                                                                                                    | 265   |
| 3.3.6.3. Zusammenfassung                                                                                                                                                      | 268   |
| 3.3.7. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Pro-<br>blemtrinkern und anderen Alkoholkonsu-<br>menten                                                                           | 270   |
| 3.3.7.1. Definition der Gruppen                                                                                                                                               | 270   |
| 3.3.7.2. Unterschiede in den Kriterien des<br>problematischen Trinkens                                                                                                        | 272   |
| 3.3.7.2.1. Trinkprobleme                                                                                                                                                      | 272   |
| 3.3.7.2.2. Höhe des Alkoholkonsums                                                                                                                                            | 277   |

|                                                                            | Seite |
|----------------------------------------------------------------------------|-------|
| 3.3.7.3. Unterschiede in den demographischen Merkmalen (Kontrollvariablen) | 282   |
| 3.3.7.4. Unterschiede in den Kovariablenfaktoren                           | 287   |
| 3.3.7.5. Unterschiede im "Lügenwert"                                       | 297   |
| 3.3.7.6. Zusammenfassung                                                   | 299   |
| 4. <u>Tabellen- und Abbildungsverzeichnis</u>                              | 301   |
| 5. <u>Literatur</u>                                                        | 306   |

## 1. Einleitung: Zur Entstehung dieser Arbeit

Die vorliegende Arbeit ist im Anschluß an zwei Forschungsprojekte am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München entstanden, die von der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung in Köln finanziell unterstützt wurden.

Zum einen handelte es sich dabei um eine Literaturübersicht über die psychologische, soziologische und psychiatrische Alkohol- und Alkoholismusforschung der letzten zwanzig Jahre, und zum andern - auf dieser Übersicht aufbauend - um eine Fragebogenuntersuchung über "Trinkverhalten und Trinkprobleme", die außer den hier dargestellten Daten noch Fragen über "mittelbare Kovariablen" (aktuelle Lebensumstände, Biographie und Persönlichkeit, Freizeitverhalten), sowie eine Kreuzvalidierung der Ergebnisse in einem zweiten Untersuchungsabschnitt enthielt, wobei der Verfasserin unter Betreuung von Herrn Dr. Dr. Brengelmann der Entwurf und die Projektleitung oblag, Herr Dirk Revenstorff die methodische Beratung übernommen hatte und eine Reihe weiterer Mitarbeiter des Max-Planck-Instituts an der praktischen Durchführung beteiligt waren.

Ich beschränke mich hier auf die Darstellung des im Titel der Arbeit genannten Ausschnitts der Projekte und werde zunächst einen Überblick über den Stand der Forschung auf dem Gebiet geben, in dem die Arbeit angesiedelt ist. Der Interessierte Leser sei auf die ausführlichen Literaturübersichten verwiesen (POHL 1973, 1974 a, b, Diplomarbeiten von RAMIN 1973, FRÜHAUF 1973, OLSCHESKI 1974). Mit der für eine empirische Arbeit relativ breiten Darstellung des theoretischen, methodischen und empirischen Bezugsrahmens soll dem Leser ein besseres Verständnis der nachfolgenden Daten vermittelt werden, deren Einordnung ohne diese Hintergrundinformationen kaum möglich ist.

Eine solch breite Darstellung des gesamten Projekts hätte aber den zumutbaren Rahmen dieser Arbeit bei weitem gesprengt. Ich habe also nach inhaltlichen Gesichtspunkten einen Teil ausgewählt, nämlich die Zusammenhänge von Kriterien des problematischen Alkoholkonsums mit seinen Unmittelbaren Kovariablen (i.e. Trinkverhalten im weitesten Sinne) und mit demographischen Merkmalen im ersten Untersuchungsabschnitt. Mittelbare Kovariablen und Kreuzvalidierung lasse ich hier aus. Ein solches Vorgehen erscheint mir angemessener als eine unkommentierte Anhäufung von Zahlen über das gesamte Projekt. Aufgrund der Fülle des Materials muß auch bei dem gewählten Vorgehen noch auf eine einzelheitliche Diskussion verzichtet werden. Material über das gesamte empirische Projekt enthalten die Projektberichte (POHL et al. 1974 a, b, REVENSTORFF et al. 1974).

## 2. Theoretischer, methodischer und empirischer Bezugsrahmen

### 2.1. Theorie

#### 2.1.1. Definitionen und Modelle

Da die vorliegende Arbeit im Bereich der Alkoholismusforschung angesiedelt ist, aber ein anderes als das traditionell übliche Alkoholismuskonzept verwendet (und empirisch untersucht), scheint es angebracht, eine breitere Diskussion der Definitionen und Konzepte auf diesem Gebiet vorzuschicken, um so die Entscheidung für das im weiteren verwendete Konzept transparent zu machen. Die Bedeutung der Reflexion von Definitionen und Modellvorstellungen und ihres historischen Hintergrunds kann m.E. nicht hoch genug veranschlagt werden, da sie als meist unreflektierte, implizite Steuerungsmechanismen den Wissenschaftsbetrieb lenken und bestimmen, zu welchen Ergebnissen man überhaupt gelangen kann.

##### 2.1.1.1. Stand der definitorischen Bemühungen

Die Definition, Erforschung und Erfassung des Phänomens selbst ("Was ist Alkoholismus?") scheint bis jetzt hinter der Erforschung seiner Determinanten ("Was verursacht Alkoholismus?") zurückgestanden zu haben, was dem allgemeinen Trend entspricht, wie er im folgenden Zitat von SCHEFF (1973) zum Ausdruck kommt: "Allzu oft akzeptieren die Psychologen und Sozialwissenschaftler ohne weiteres die Resultate der psychiatrischen Untersuchungen als absolut stichhaltig. Schließlich ist es für den Forscher eine große Erleichterung, den von der Gesellschaft kon-

ventionierten Maßstab für jene komplizierte, schwer faßbare abhängige Variable der psychischen Anomalität einfach zu übernehmen, sodaß sie frei sind, präzise, reliable und valide Messungen der von ihnen so bevorzugten unabhängigen Variablen vornehmen zu können. Infolge dieser Übernahme gibt es heute eine beängstigend große Zahl von Arbeiten, welche die absurde Situation spiegeln, daß für die Behandlung der unabhängigen Variablen, seien es nun genetische, biochemische, psychologische, kulturelle oder zahllose andere, äußerst verfeinerte und komplizierte Methoden entwickelt werden, während die Meßmethoden für "Geisteskrankheit" dem obskuren und unberechenbaren Zufallsspiel des psychiatrischen "Durchleuchtungs"-Prozesses überlassen bleiben." (S. 150).

Definitiorische Bemühungen kristallisieren sich um die Termini "Alkoholismus" und "Alkoholiker", die auch in deutschsprachigen Ländern die lange Zeit im wissenschaftlichen Bereich üblichen Begriffe "Trunksucht", "Trinker" und "Säufer" abgelöst haben. Neuerdings ist auch der Terminus "problem drinking" bzw. "drinking problems" in der Diskussion. Je nach klassifikatorischer Einordnung werden außerdem Oberbegriffe wie "Sucht" oder "Abhängigkeit" zur Definition mit herangezogen, und je nach Aufsplitterung des Gesamtsyndroms Begriffe wie "Kontrollverlust" und "craving". "Alkoholkonsum" bzw. "exzessiver Alkoholkonsum" wird gewöhnlich nicht definiert.

Wie wohl der Terminus "Alkoholismus" sich weltweit durchgesetzt hat und sehr häufig so verwendet wird, als ob eine selbstverständliche, quasi durch die Natur des Phänomens gegebene Übereinstimmung bestehe, was darunter zu verstehen sei, hat sich bis jetzt keine einheitliche Definition durchsetzen können. Es ist im Gegenteil in den letzten Jahren eine heftige Kontroverse um die Definition entbrannt.



### 2.1.1.2. Grundlegende Konzepte des Alkoholismus

Die Schwierigkeit, zu einer einheitlichen Definition zu gelangen, rührt wohl vor allem daher, daß es sich beim "Alkoholismus" um ein Phänomen handelt, mit dem sich sehr viele unterschiedliche Disziplinen mit sehr unterschiedlichen grundlegenden Konzepten und Denkmodellen beschäftigen: Psychiatrie, Pharmakologie, Soziologie, Biochemie, Anthropologie, Neurologie, Psychologie u.v. a.m. Außerdem handelt es sich beim Alkoholkonsum und Alkoholismus um Probleme, die jahrhundertlang Gegenstand moralischer, religiöser, politischer und emotionaler Kontroversen waren, was die Sichtweisen wohl noch heute beeinflußt.

SIEGLER et al. (1968) haben acht grundlegende, noch heute gängige Modelle herausgearbeitet. Danach kann Alkoholismus je nachdem als Übel oder Sünde, als Krankheit, als soziales Problem oder als emotionale Störung gesehen werden. Die acht Modelle unterscheiden sich nach der Definition, die sie dem Alkoholiker angedeihen lassen, wie folgt:

1. Im "Behinderten-Modell" wird der Alkoholiker als hoffnungsloser Trinker und Behinderter gesehen, den man höchstens bewahren, nicht aber heilen oder ihm helfen kann.
2. Im "Trockenen moralischen Modell" wird Alkoholismus als moralische Verfehlung gesehen. Er stellt die natürliche Strafe für das Trinken dar. Jede Art von Alkoholkonsum wird abgelehnt.
3. Das "Feuchte moralische Modell" sieht dagegen Alkoholiker als Trinkende, die den Regeln einer trinkenden Gesellschaft nicht gehorchen. Alkoholismus stellt eine unakzeptable Form des Trinkens dar.
4. Im Modell der Anonymen Alkoholiker ist Alkoholismus eine unheilbare, progressive und oftmals fatale Krankheit,

außerdem aber auch ein spirituell-religiöses Problem für den Betroffenen. Für den Alkoholiker ist Alkohol "Gift", vergleichbar einem Allergen, nicht aber für Nicht-Alkoholiker.

5. Das Psychoanalytische Modell sieht Alkoholismus als Symptom einer zugrundeliegenden schweren Neurose. Alkoholiker sind abhängige Persönlichkeiten.

6. Das Familien-Interaktions-Modell betrachtet Alkoholismus als Spiel zwischen mehreren Rollenträgern, wovon einem die Rolle des Alkoholikers zugeteilt wird, was für jeden der Beteiligten notwendig ist.

7. Im "alten" medizinischen Modell gilt Alkoholismus als ernste, progressiv fortschreitende und eventuell fatale Krankheit, die durch das unmoralische Verhalten des Patienten selbst (i.e. sein exzessives Trinken) hervorgerufen wird.

8. Das "neue" medizinische Modell sieht Alkoholismus als progressiv fortschreitende, oftmals fatale, möglicherweise erbliche Krankheit. Alkoholiker sind kranke Personen, deren Stoffwechselvorgänge so geartet sind, daß sie alkoholabhängig werden können.

SIEGLER et al. (1968) beschreiben jedes dieser Modelle anhand von elf Dimensionen (z.B. Behandlung, Prognose, Einstellung zum Suizid bei Alkoholikern), wobei sie die Einstellungen auf diesen Dimensionen von der Grundkonzeption ableiten.

Die stärkste offizielle Verbreitung haben in der BRD nach unserem Eindruck zur Zeit die Modelle 4, 5, 7 und 8. Es ist allerdings anzunehmen, daß die stärker moralisch getönten Modelle heute zwar nicht mehr offiziell propagiert werden, aber trotzdem noch sozial wirksam sind. Dabei war in Deutschland eine moralisierend-ablehnende Haltung gegenüber dem Trinken von Alkohol generell (wie sie im "trockenen moralischen Modell" zum Ausdruck kommt), wohl nie üblich. Es scheint, daß eine solche Einstellung,

auch wissenschaftlich, in keinem der Länder mit einer Tradition im Wein- und Hopfenanbau je Fuß fassen konnte. Man kann eine solche Verdammung jeglichen Alkoholkonsums nicht propagieren, wenn - wie in Italien zum Beispiel - der Wein eines der Hauptnahrungsmittel und das billigste Getränk darstellt, und wenn ein großer Teil der Bevölkerung von der Weinproduktion lebt. Solche Länder haben natürlich auch nie Zeiten der Prohibition gehabt, die ein sicheres Zeichen für das Vorherrschen des "trockenen moralischen Modells" ist. Die genußfeindliche Einstellung dieses Modells entspricht eher der puritanisch-protestantischen Ethik, die Amerika historisch geprägt hat. Genußfeindlichkeit bezieht sich dabei nicht nur auf den Genuß von Alkohol selbst, sondern auch auf sozial tabuisierte Verhaltensweisen, deren Freisetzung unter Alkohol befürchtet wird (z.B. gesteigerte sexuelle Appetenz). Die Verbreitung von Einstellungen der "trockenen Moral" ist auch am Anteil der freiwilligen Abstinenten in einem Land ablesbar, sowie an der Restriktivität sozialer Normen, die sich zum Teil in gesetzlichen Regelungen in Bezug auf Verkauf und Konsum alkoholischer Getränke niederschlagen haben (z.B. örtliche Beschränkung des Verkaufs und Verzehrs alkoholischer Getränke).

In Deutschland scheint die moralische Disqualifizierung vor allem im Gewande des "feuchten moralischen Modells" aufzutreten, früher offiziell und wissenschaftlich, heute inoffiziell. Anders als im "trockenen moralischen Modell" wird hier ein scharfer Trennungsstrich zwischen dem Normaltrinker und dem Alkoholiker gezogen. Während das Trinken von Alkohol generell sozial positiv sanktioniert wird (Abstinente sind dem Deutschen eher suspekt, siehe WIESER 1973), ist das Stereotyp des Alkoholikers in der BRD negativ-abstoßend (WIESER 1973). Offiziell wurde das moralische Konzept in Deutschland von den medizinischen Modellen abgelöst, was allerdings erst nach dem Dritten Reich all-

mählich geschehen konnte, und was sich auch in der Veränderung der Terminologie niedergeschlagen hat.

### 2.1.1.3. Diskussion des Krankheitskonzepts des Alkoholismus

#### 2.1.1.3.1. Das Krankheitskonzept und seine impli- ziten Annahmen

Von allen Modellen haben die medizinischen in den letzten Jahren die breiteste Diskussion erfahren (siehe z.B. WEXBERG, 1951, SEELEY 1959, JELLINEK 1960, MAYFIELD 1967, MARCONI 1959, 1967, EDWARDS 1968, MOORE 1968, DARGENT 1968, MELLO 1972, GITLOW 1973).

Am bekanntesten wurde das Konzept von JELLINEK (1952). Er schildert den quasi natürlichen Verlauf der Krankheit Alkoholismus, die in vier Phasen verlaufe, innerhalb derer sich wiederum eine charakteristische Symptomabfolge finden läßt. Er unterschied:

1. die präalkoholische Phase, in der sich ein allmählicher Übergang vom gelegentlichen zum konstanten Trinken zur Erleichterung physischer und emotionaler Mißempfindungen und eine Erhöhung der Toleranz beobachten läßt.
2. Die prodromale Phase ist durch das Auftreten von Amnesien (Palimpsests, Black-outs) für Ereignisse während des Trinkens gekennzeichnet, die bereits bei geringen Alkoholmengen auftreten können. Andere Symptome sind gieriges Trinken und eine erhöhte, aber heimliche Beschäftigung mit Alkohol.
3. Die entscheidende Phase, in der der Trinker die Kontrolle über sein Trinken verliert. Jede Trinkepisode wird zu einer Kettenreaktion, wobei ein physisches Verlangen nach Alkohol empfunden wird. Die Alkoholabusus-Episoden werden typischerweise durch Perioden absoluter Abstinenz getrennt. Das anomale Verhalten gegenüber Alko-

hol ist von Angst- und Schuldgefühlen, Aggressionen, Rationalisierungen und von sozialer Isolierung begleitet. In dieser Phase erfüllt der Trinker erstmals alle Kriterien für die Diagnose "Alkoholismus". Es kommt zu morgendlichem Trinken und Ernährungsvernachlässigung sowie ersten Hospitalisierungen.

4. Die chronische Phase wird durch das Auftreten von lang anhaltenden Intoxikationen (benders) charakterisiert. Es kommt zu einem physischen und moralischen Abbau. Entziehungssymptome sind in dieser Zeit schwerwiegend, und die Toleranz sinkt auf den Normalzustand oder darunter ab.

Alkoholismus als Krankheit zu definieren, bot vor allem den Vorteil, auf medizinische Komplikationen und deren Behandlungsbedürftigkeit hinzuweisen und von den moralischen Konzepten abzukommen. Allerdings ist der dahinterstehende Krankheitsbegriff seinerseits bereits fraglich. Zum Teil wird damit eine genetische, organische oder physiologische Ätiologie postuliert (MARCONI 1967), deren Nachweis aber auch fraglich ist (EDWARDS 1968). Andere Autoren (MENDELSON und MELLO 1969, MELLO 1972) definieren dagegen einen Krankheitsprozeß lediglich als Interaktion zwischen einem Lebewesen, einem Agens und der Umwelt. Eine solche Krankheitskonzeption steht neueren soziologischen und verhaltenstheoretischen Konzepten näher als den ursprünglichen medizinischen.

Von soziologischer Seite wurde nämlich gegen das Krankheitskonzept generell eingewandt, daß eine solche Definition soziale Bedingtheiten außer acht läßt, bzw. den Blick dafür verstellt, da sie die Ursache automatisch in das Individuum bzw. das Agens verlegt (SEELEY 1959a, REINERT 1968, SARGENT 1968). Dieser Nachteil wäre in der Krankheitsdefinition von MELLO und MENDELSON aufgehoben, die außerdem noch den Vorteil aufweist, daß sie

im Gegensatz zu soziologischen Ansätzen auf die Bedeutung des notwendigen Agens Alkohol hinweist. Dieses Element unterscheidet ja Alkoholismus von den meisten übrigen Verhaltensstörungen, die ohne ein physiologisch wirksames Mittel ablaufen.

Allerdings wird es bei einem derart aufgeweichten und erweiterten Krankheitsbegriff wie dem von MELLO und MENDELSON schwierig, Alkoholismus oder überhaupt "krankhafte" Prozesse von solchen abzugrenzen, die nicht krankhaft sind. So könnte nach dieser Definition eigentlich schon jede Alkoholaufnahme, ja eigentlich schon jede Nahrungsaufnahme als krankhaft gelten.

Im allgemeinen laufen auch die Konnotationen, die mit dem Begriff "Krankheit" verbunden sind, in eine andere Richtung als es das Interaktionsmodell nahelegt. Die Auseinandersetzungen um das Krankheitsmodell beziehen sich denn auch nicht auf diese Definition, sondern auf die im vorigen Abschnitt erwähnten medizinischen Modelle.

Beide medizinischen Modelle, das alte wie das neue, zeichnen sich durch folgende explizite oder implizite Annahmen aus:

1. Es gibt eine scharfe Trennungslinie zwischen normalen Alkoholkonsumenten und Alkoholikern. Entweder man hat die Krankheit Alkoholismus oder man hat sie nicht. Entweder man ist Alkoholiker oder man ist es nicht. Alkoholiker sind qualitativ von anderen Personen unterschieden.
2. Alkoholkonsum, Trinkverhalten und Trinkprobleme sind Epiphanomene, sind bloße Symptome einer zugrundeliegenden Krankheit und daher im Grunde uninteressant.
3. Die zugrundeliegende Krankheit ist etwas, was der Person zugehörig ist. Entweder sind deren biochemische Vorgänge anders als bei anderen Personen oder ihre Persönlichkeitsstruktur, die sie zum Trinken veranlaßt. Beides kann entweder als angeboren oder durch zu hohen Alkoholkonsum erworben gedacht werden.



4. Der Krankheitsprozeß ist fortschreitend, irreversibel und im Grunde unheilbar.
5. Als Krankheit gehört der Alkoholismus in ärztliche Behandlung.

Die Diskussion um das Krankheitskonzept ist wohl deshalb so heftig und emotional aufgeladen, weil die Übernahme des in diesen Kernsätzen enthaltenen Konzepts Folgen für alle daran Beteiligten bzw. für alle davon betroffenen Gebiete hat: sowohl für den einzelnen wie für seine nähere oder weitere soziale Umwelt, sowohl für die Diagnose wie für die Therapie, für die Prävention wie für die Forschung. Einige dieser Folgen werden wir daher als nächstes darzustellen versuchen.

#### 2.1.1.3.2. Folgen des Konzepts

##### 2.1.1.3.2.1. Folgen für die Gesellschaft

Da die Ursachen, wie auch immer geartet, im Krankheitsmodell in das Individuum verlegt werden, entfällt eine gesellschaftliche Verantwortung weitgehend. Der Alkoholismus bricht sozusagen schicksalhaft herein. Es kann lediglich eine rein caritative Verpflichtung für die von der Krankheit befallenen Opfer großmütig übernommen werden, z.B. indem die Behandlung als Krankenkassenleistung bezahlt wird. Außerdem können noch Maßnahmen zur Früherkennung dieser Personen getroffen werden. Dagegen besteht keinerlei Verantwortung für die Werbung und den sonstigen Einfluß der Alkoholindustrie. Die Erkrankung des Individuums hat nichts mit den Interessen der Getränkeindustrie zu tun, da das Individuum für seine Erkrankung prädestiniert war. Die Werbung kann ohne Gefahr alle möglichen positiven Konsequenzen des Alkoholtrinkens vorgaukeln, da dem "Normalen", der nicht Träger der Krank-

heit Alkoholismus ist, ja nichts passieren kann. Sein Alkoholkonsum ist auf jeden Fall ungefährlich.

#### 2.1.1.3.2.2. Folgen für den Betroffenen

Nach dem neuen medizinischen Modell wird der einzelne ausdrücklich seiner Verantwortung enthoben. Da eine Krankheit, für die er nicht verantwortlich ist, für den Betroffenen leichter zu akzeptieren ist als ein Laster, erwartet man von der Propagierung des Krankheitskonzepts wohl zu Recht, daß die Betroffenen eher freiwillig und frühzeitiger zur Behandlung kommen. Allerdings wird diese sozial sicher begrüßenswerte Folge durch folgende Umstände beeinträchtigt: die Irreversibilität des Krankheitsprozesses, das "einmal Alkoholiker - immer Alkoholiker" schreckt Personen im Frühstadium eher davon ab, ihr Problem zu erkennen und um eine Behandlung nachzusuchen. REINERT (1968) weist darauf hin, daß das Konzept der Irreversibilität sich auf diese Weise selbst bestätigt. Wenn auch die soziale Umgebung des Betroffenen das Konzept der Irreversibilität hat, wird sie ihm mit dem entsprechenden Mißtrauen begegnen und ihn damit in eine soziale Außenseiterposition drängen. Es wundert daher nicht, wenn die meisten sich dagegen verwahren, Alkoholiker zu sein, auch wenn es sich um eine Krankheit handeln soll. Auch Krankheiten (wie z.B. "Geisteskrankheiten") können als diskriminierend und stigmatisierend erlebt werden. "Verlogenheit" und Verleugnungsstrategien von Alkoholikern dienen wahrscheinlich auch dazu, sich dem zu entziehen.

Schließlich wird der Betroffene in die passive Rolle des Kranken gedrängt, der allein nichts gegen seine Krankheit ausrichten und sogar zu Behandlung gezwungen werden kann. SZASZ (1967, zitiert nach CAHALAN 1970) nennt das mora-

lisch und sozial verheerend, da das Ergebnis schließlich in einer Beraubung persönlicher Freiheiten im Namen der medizinischen Hilfe besteht.

#### 2.1.1.3.2.3. Folgen für die Diagnose

CAHALAN (1970) führt die scharfe Trennungslinie zwischen normalen Alkoholkonsumenten und Alkoholikern, die im Krankheitsmodell enthalten ist, auf das in unserer Kultur verbreitete aristotelische "Entweder-Oder"-Denken zurück, das in absoluten Termini definiert. Grenzfälle sollte es bei dieser Art von Diagnosestellung eigentlich nicht geben. Werden sie dennoch beobachtet, hilft man sich mit folgenden Konstruktionen: entweder ist die Krankheit noch nicht manifest, oder der Kranke hat die Symptome nicht genügend beobachtet, oder er lügt und verheimlicht. Dabei kann dann im Lügen und Verheimlichen ein weiteres Indiz für die Richtigkeit der Diagnose trotz unvollständiger Symptomatik gesehen werden, da die Verlogenheit ja selbst ein Symptom der Krankheit darstellt, sodaß auch Fälle, die nicht glatt in das Krankheitsbild passen, dieses bestätigen. CAHALAN (1970) verweist darauf, daß dieses Entweder-Oder-Denken mit der Verwendung solcher Etiketten wie "Alkoholiker" in der Medizin im Zeitalter der Mikrobenjäger populär wurde und sich als recht erfolgreich erwiesen hat. Man darf hinzufügen, daß es aber praktisch nur für infektiöse Erkrankungen gelten kann.

#### 2.1.1.3.2.4. Folgen für die Therapie

Wie oben erwähnt, hatte das Krankheitskonzept generell zur Folge, daß man den Alkoholiker als behandlungsbedürftig ansieht und Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung

stellte. MULFORD (1970, zitiert nach CAHALAN 1970) bemerkt allerdings, daß das Auswechseln der Idee von gestern, daß "Trunkenbölde" vom "Dämon Alkohol" besessen sind, gegen die Idee von heute, daß "Alkoholiker" vom "Alkoholismus" besessen sind, zwar für den Betroffenen eine humanere Behandlung bedeutet; die medizinisch orientierten Kliniker haben sich jedoch als nicht besser präpariert erwiesen, den "Alkoholismus" auszutreiben, als die moralisch orientierten Kliniker und Juristen beim Austreiben des Dämons. In der Tat läßt ja auch das Krankheitskonzept mit seiner impliziten Annahme der Irreversibilität nicht gerade optimistisch werden in Bezug auf die Behandlungsmöglichkeiten. Im Grunde gilt die Krankheit als unheilbar, sodaß sie bei jedem Kontakt des Betroffenen mit dem Alkohol wieder ausbrechen kann. Daher ist Therapieziel bei allen Therapien, denen dieses Konzept zugrundeliegt, immer die totale Abstinenz. Es können nur bestimmte Vorsichts- und Schutzmaßnahmen getroffen werden, die das Fortschreiten der Krankheit aufhalten können. Dies gilt zumindest solange, als kein chemisches Antidot gefunden ist. Die Anonymen Alkoholiker halten folgerichtig eine lebenslange Behandlung der Betroffenen für erforderlich.

Eine skeptische und pessimistische Haltung derjenigen, die als Therapeuten in Frage kommen, scheint gerechtfertigt. MULFORD (1970) kommt zu folgendem Fazit: "Die Krankheit 'Alkoholismus' ist bis jetzt nicht definiert, und es gibt für sie keine spezifische Behandlung. Man kann von Ärzten kaum erwarten, daß sie eine nicht existierende Behandlung auf eine undefinierte Krankheit ansetzen, und zwar in einer Bevölkerung, die die Existenz dieser Krankheit leugnet und die Behandlung zurückweist." (S. 6)

#### 2.1.1.3.2.5. Folgen für die Prävention

Eine Prävention, der das Krankheitsmodell zugrundeliegt, muß sich auf die Früherfassung von Fällen beschränken. Eine frühzeitige Schulung von adäquaten Trinkverhaltensweisen oder eine Information über gefährliche und ungefährlche Arten des Alkoholkonsums ist mit einem solchen Modell nicht vereinbar, da die Alkoholiker ja sowieso von ihrer Krankheit ereilt werden, wohingegen die anderen gegen Alkoholismus gefeit sind.

#### 2.1.1.3.2.6. Folgen für die Forschung

Wenn Alkoholismus als Krankheit gesehen wird, gelten das Alkoholtrinken selbst sowie die dadurch verursachten Probleme als bloße Epiphänomene, als Symptome eines Prozesses. Diese Symptome interessieren lediglich als Hinweise oder Belege, sind selbst jedoch als Forschungsobjekte uninteressant. Das eigentliche Interesse gilt ja der zugrundeliegenden Krankheit. Nur so ist wohl zu erklären, daß es hunderte von Untersuchungen über die Persönlichkeit oder den Stoffwechsel des "Alkoholikers" gibt, aber genauere Untersuchungen seines Trinkverhaltens oder trinkbezogenen Verhaltens weitgehend fehlen. (Vergleiche auch das oben angeführte Zitat von SCHEFF.) Dies ist auch eine Folge davon, daß man den Alkoholiker als jemand qualitativ Verschiedenen vom normalen Alkoholkonsumenten sieht, wobei die Unterschiede bei grundlegenden Merkmalen auftreten sollen, also nicht bei Verhaltensweisen, die direkt etwas mit dem Trinken zu tun haben. Das bewahrt allerdings auch davor, das eigene oder das allgemeine Trinkverhalten und die eigenen oder allgemeinen Trinknormen je in Frage zu stellen oder sich mit dem Alkoholiker solidarisch zu fühlen. Vielmehr wird darin eine Distanzierung deutlich, die die anderswo offen

zutagetretende Diskriminierung und Ausstoßung des Alkoholikers in verschleierte Form wiederholt. Allgemeiner formuliert SCHEFF (1973): "Wie die Gesellschaft, so mag es wohl auch der Psychologe einfacher finden, die ihn interessierenden Phänomene in der isolierten Person des Patienten zu lokalisieren als in den weniger leicht kontrollier- und erforschbaren Vorgängen, die sich in der äußeren Welt abspielen." (S. 150)

#### 2.1.1.4. Sucht, "craving" und "Kontrollverlust"

Mit oder ohne Krankheitskonzept im Hintergrund wurde Alkoholismus von verschiedenen Autoren den Süchten zugeordnet, wobei gewöhnlich darauf hingewiesen wird, daß viele Verhaltensweisen süchtig entarten können, bzw. daß es sich hier um einen Verhaltensexzeß handelt. Eine solche klassifikatorische Einordnung hilft allein natürlich noch nicht weiter, da sie nur eine Verschiebung des definitorischen Dilemmas bedeutet, und da die Aussage, daß es sich um einen Verhaltensexzeß handle, sehr unspezifisch ist. Daher wird gewöhnlich das Vorhandensein eines abnormen Verlangens, Drangs o.ä. in die Definition mit hineingenommen. Diese Definitionen haben dann häufig als Zentralbegriff das "craving", den "Drang nach Alkohol" mit den Unterformen des "Kontrollverlusts" und der "Unfähigkeit, dem Alkohol zu widerstehen". Das Konzept des "craving" mit seinen beiden Unterformen hat vor allem durch die Arbeiten von JELLINEK (1960) weltweite Verbreitung erfahren, und zwar vor allem bei den psychiatrischen Praktikern. Es handelt sich um das zur Zeit gängigste Alkoholismusmodell.

Der bereits im Phasenmodell desselben Autors oben geschilderte "Kontrollverlust" bewirkt ein zwanghaftes exzessives Weitertrinken, sobald von dem betreffenden Alkoholiker eine geringe Alkoholmenge konsumiert wurde. Die "Un-



fähigkeit zu widerstehen" trete bei den Betreffenden einige Stunden nach dem letzten Alkoholgenuß auf, werde dann aber durch mäßige Alkoholgaben gestillt. Beiden Phänomenen liege besagtes "craving" zugrunde, der pathologische Drang nach Alkohol, der Alkoholiker von Normaltrinkern unterscheide. Die Unterformen des "craving" wurden von JELLINEK auch zur Einteilung von Alkoholikern in verschiedene Typen verwendet (Gamma-, Delta- und Epsilon-Alkoholismus), wobei er noch zwei verschiedene Vorformen oder milde Formen hinzufügte. Die einzelnen Typen werden wie folgt beschrieben:

1. Alpha-Alkoholismus: Der Schaden, der in Zusammenhang mit dem Alkoholkonsum auftritt, ist auf den sozialen Bereich begrenzt. Die Abhängigkeit vom Alkohol ist rein psychologisch zum Zweck der Erleichterung körperlichen oder emotionalen Unbehagens.
2. Beta-Alkoholismus: Der Schaden ist auf die physische Gesundheit des Trinkers begrenzt. Es existiert keine physische oder psychische Abhängigkeit vom Alkohol.
3. Gamma-Alkoholismus: Der Trinker erwirbt eine physische Abhängigkeit vom Alkohol. Das Verlangen (craving) nach Alkohol ist charakterisiert durch eine Unfähigkeit, mit dem Trinken aufzuhören, wenn einmal damit begonnen wurde (Kontrollverlust). Der Trinker ist jedoch fähig, längere Zeit abstinent zu leben ("go on the water wagon").
4. Delta-Alkoholismus: Der Trinker erwirbt eine physische Abhängigkeit vom Alkohol, aber das Verlangen (craving) ist nicht durch Kontrollverlust charakterisiert, sondern durch eine Unfähigkeit, dem Alkohol längere Zeit zu widerstehen ("inability to abstain").
5. Epsilon-Alkoholismus: Hierbei handelt es sich um eine intermittierende Form des Alkoholismus, in der der Kontrollverlust in periodischen Intervallen auftritt ("Quartalssäufer", "Bender alcoholics").

Klinisch am bedeutsamsten sind der Gamma- und der Delta-Alkoholismus. Diese Aufteilung in verschiedene Typen des Alkoholismus entstand durch die Beobachtung transkultureller Unterschiede. Phasenmodell und Gamma-Alkoholismus passen am besten auf die Amerikaner (wo das Konzept entwickelt wurde). Diese Form scheint aber in Italien nach JELLINEKS Beobachtungen nahezu völlig unbekannt zu sein. Hier überwiege der Delta- oder Gewohnheitsalkoholismus.

Das Konzept des "craving" wurde als nichts erklärende Zirkeldefinition angegriffen (MELLO 1972). Unserer Meinung nach krankt das Konzept vor allem an folgendem: Man kann jedes Verhalten auf ein Verlangen nach diesem Verhalten zurückführen und hat damit nur das Problem auf eine andere Ebene verlagert, und zwar auf eine solche, die sich der Beobachtung entzieht. Wenn jeman z.B. das neurotische Symptom zeigt, sich die Haare auszureißen, kann man sagen, er habe ein unstillbares Verlangen (craving), sich die Haare auszureißen. Er könne wegen dieses Dranges entweder nicht nach dem ersten Haar aufhören (Kontrollverlust), oder er könne dem Haareausreißen nicht längere Zeit widerstehen (inability to abstain). Mit der Annahme eines solchen Dranges hat man die Sache aber eher mystifiziert.

Abgesehen von der Zirkelhaftigkeit, die einer solche Definition innewohnt, hat MELLO (1972) eine ganze Reihe von empirischen Ergebnissen aufgestellt, die dagegen sprechen, daß überhaupt so etwas wie ein craving bestehen kann, auch wenn von den Betroffenen öfter berichtet wird, daß sie nicht nach dem ersten Glas aufhören können, oder daß es sie immer wieder dazu treibt, Alkohol zu trinken. Beim Kontrollverlust handelt es sich m.E. hauptsächlich um ein kognitives Phänomen: Alkoholiker wissen aus Vorerfahrungen, daß sie gewöhnlich nicht bei einem geringen Quantum aufhören und daß sie bald wieder

zu trinken beginnen. Sie stellen fest, daß ihr eigener Alkoholkonsum ihre Normen überschreitet.

#### 2.1.1.5. Abhängigkeit und Toleranz

Anstatt des "cravings" halten andere Autoren wie z.B. MELLO (1972) für das sine qua non der Sucht bzw. des Alkoholismus das Auftreten von körperlicher Abhängigkeit und Toleranzerhöhung. Abhängigkeit wird ihrerseits an dem Auftreten von Entzugssymptomen festgemacht, bei Alkoholismus also z.B. Zittern, Schwitzen, Halluzinationen, in schweren Fällen Konvulsionen und Delir. Der Toleranzeffekt läßt sich daran beobachten, daß immer größere Dosen benötigt werden, um dieselbe Erlebens- oder Verhaltensänderung wie zuvor zu erzielen.

Hier wird also nur auf die Effekte eingegangen, die bei langzeitiger exzessiver Alkoholaufnahme körperlich bei den betreffenden Individuen entstehen. Der den Entzugsphänomenen zugrundeliegende Mechanismus ist bis jetzt unbekannt, ihr Vorkommen aber einwandfrei empirisch gesichert. Ebenso verhält es sich bei den Toleranzerscheinungen.

Das Festmachen der Definition an empirisch beobachtbaren Phänomenen bietet zweifellos einige Vorteile und zeichnet diese Definition vor den bisher besprochenen aus. Eingewandt wird gegen diese Art von Definition, daß sie wichtige Aspekte des Alkoholismus (z.B. psychische Probleme) außer Acht läßt. Dabei muß allerdings der Versuch, das Konzept um eine "psychische Abhängigkeit" zu ergänzen, als gescheitert angesehen werden, da man bei der Definition dieses Konzepts wieder in die gleichen Ausgangsschwierigkeiten wie beim "craving" kommt. KELLER (1969, zitiert nach CAHALAN 1970) möchte statt von Abhängigkeit lieber von "psychischer Beeinträchtigung" sprechen, in der er den Kern des Alkoholismus sieht, und die darin besteht,

daß der Alkoholiker nicht frei wählen kann, ob er sein schädigendes Verhalten ausüben will oder nicht.

#### 2.1.1.6. "Problematischer Alkoholismus"

Operationale Definitionen lösen das Gesamtkonzept des Alkoholismus in verschiedene Elemente auf. Die Definition von KELLER (1958, 1962) wurde in mehr oder weniger abgewandelter Form von verschiedenen Autoren übernommen. Sie lautet:

"Alkoholismus ist eine chronische Verhaltensstörung, die sich in wiederholtem Trinken alkoholhaltiger Getränke manifestiert, in einem Ausmaß, das über den diätetischen und sozialen Gebrauch in der jeweiligen Gemeinschaft hinausgeht und mit der Gesundheit oder der sozialen oder ökonomischen Effektivität des Trinkenden interferiert." (KELLER 1958).

Sie ist spezifischer als die von JELLINEK (1960), wonach Alkoholismus jedes Trinken ist, das zu irgendeiner Art von Schaden führt. Sie macht keine Aussagen über irgendwelche Ursachen, schließt aber dafür die gesellschaftliche Abhängigkeit der Alkoholismusdefinition mit ein.

Dies ist besonders deshalb notwendig, weil sich keine absolute Alkoholmenge ausmachen läßt, deren Verzehr in allen Gesellschaften als Verhaltensabweichung angesehen würde.

CLARK (1966) erwähnt folgende vier Elemente, die am häufigsten in solchen operationalen Alkoholismusdefinitionen anzutreffen seien:

1. Exzessive Alkoholaufnahme, 2. Geistig-psychische Störungen aufgrund des Trinkens, 3. Störungen in der sozialen und ökonomischen Effektivität, 4. Subjektiv beschriebener Kontrollverlust über das Trinken.

EDWARDS (1968) nennt folgende Elemente:

1. Bewußtsein der Alkoholabhängigkeit, 2. Sichzurückziehen, 3. Toleranz, 4. Vorkommen von Amnesien.

Diese Art von Definitionen leitet sich hauptsächlich aus den Definitionen ab, die ein Expertenkomitee der WHO 1951, 1952 und 1955 herausgab. Die WHO unterschied zwischen exzessiven Trinkern und Alkoholikern, wobei Alkoholiker eine Unterform der exzessiven Trinker sind. Im Bericht von 1952 wird exzessives Trinken mit folgenden Merkmalen charakterisiert: "... jede Form des Trinkens, das über das durch Tradition oder Sitte geregelte Maß der "diätetischen Verwendung" hinausgeht oder das übliche Einhalten sozialer Trinksitten der betreffenden Gemeinschaft überschreitet, unabhängig davon, welche ätiologischen Faktoren zu diesem Verhalten führen, und unabhängig auch von dem Maß, in dem diese ätiologischen Faktoren von Vererbung, Konstitution oder erworbenen physiologischen oder metabolischen Bedingungen abhängen."

Alkoholiker dagegen sind "diejenigen exzessiven Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol solch ein Ausmaß erreicht hat, daß eine geistig-psychische Störung registrierbar ist oder so, daß es mit der körperlichen oder geistigen Gesundheit der Betroffenen interferiert, mit ihren interpersonellen Beziehungen und mit dem glatten sozialen und ökonomischen Ablauf; oder diejenigen, die prodromale Anzeichen solcher Entwicklungen aufweisen. Sie benötigen daher Behandlung."

Diese Art von Definition umfaßt also zwei Hauptkriterienarten:

1. erhöhter Alkoholkonsum
2. Probleme aufgrund des Alkoholkonsums.

Eine solche Definition kann zwar auch noch mit dem Krankheitskonzept vereinigt werden (siehe KELLER 1962), sie ist aber zunächst einmal davon unabhängig.

SEELEY (1959a) hat gegen diese Form der Definition eingewandt, daß die verwendeten Termini eher relativ und soziologisch sind anstatt absolut und physikalisch. Das trifft sicher zu. Auch der Einwand, daß sie keine Standards liefert, an denen der Trinker gemessen werden kann, ist sachlich richtig. Es fragt sich jedoch, ob diese Merkmale nicht eher Vorteile dieser Definitionsform sind. Sie machen nämlich sichtbar, daß es sich um Setzungen handelt, daß der Punkt, ab dem man jemand als Alkoholiker bezeichnet, prinzipiell beliebig ist, und daß es von den Normen der jeweiligen Gesellschaft abhängt, ob und was als Alkoholismus gilt.

Auch ob aufgrund des Alkoholkonsums Probleme der in der Definition genannten Art entstehen, ist natürlich von den Standards und Reaktionen der näheren und weiteren sozialen Umgebung des Individuums abhängig und nicht nur vom Individuum selbst.

Die Definition hat im übrigen den großen Vorteil, ohne Rekurs auf weitere Konstrukte nur direkt beobachtbare Tatbestände zu enthalten, nämlich erhöhten Alkoholkonsum und Probleme aufgrund des Trinkens.

Von diesem Ansatz ausgehend entwickelte PLAUT (1967) den Begriff "problem drinkers", wobei Alkoholiker eine Unterklasse darstellen, und zwar diejenigen mit Kontrollverlust. PLAUTs Definition lautet: "Problemtrinken ist der ständig wiederkehrende Konsum des Getränks Alkohol, der bei dem Trinkenden oder anderen physischen, psychologischen oder sozialen Schaden verursacht." (pp. 37-38)

Die Definitionen dieser Art wurden meist in Bevölkerungsbefragungen verwendet. Dabei blieb meist offen, ob und bei wievielen der so ermittelten Problemtrinker es sich um Alkoholiker handelt, ob also Problemtrinken Alkoholismus darstellt, oder ob Alkoholiker eine spezielle Untergruppe bilden.



CAHALAN (1970) schließlich gibt den Terminus "Alkoholismus" ganz auf zugunsten der Bezeichnung "problem drinking". D.h. er will mit seiner Definition schon auch all diejenigen erfassen, die sonst als "Alkoholiker" gelten, möchte aber lieber Trinkprobleme als Alkoholismus untersuchen, da ihm das ein heuristisch fruchtbarer Weg zu sein scheint. Der Terminus "Trinkprobleme" scheint im Vergleich zu "Alkoholismus" folgende Vorteile zu bieten:

1. Die Betonung liegt auf dem Verhalten und nicht auf der Person. Daher kommt es weniger rasch zu einem permanenten Etikett für die betreffende Person.
2. Er legt von vornherein eher den Gedanken nahe, daß es unterschiedliche Arten und Ausmaße von Trinkproblemen und Problemtrinkern gibt, während "Alkoholismus" eher die Konnotation einer spezifischen, einheitlichen Krankheit hat, die man entweder hat oder nicht.
3. Problemtrinken ist noch nicht so mit emotionalen, moralischen und dämonischen Konnotationen überladen wie "Alkoholismus".
4. Der Terminus kann dazu beitragen, die Verantwortlichkeit an der Gesellschaft und den mittelbar und unmittelbar Betroffenen festzumachen.

Im Deutschen ist der Terminus problem drinking besser mit "problematischer Alkoholkonsum" zu übersetzen als mit Problemtrinken, da sonst leicht Verwechslungen mit dem etablierten Begriff "Konflikttrinker" entstehen.

Aufgrund der oben dargestellten Vorteile habe ich mich entschlossen, im folgenden das Konzept des "problematischen Alkoholkonsums" zu verwenden. "Alkoholiker" sind dabei nicht als spezielle Unterform anzusehen, sondern sie unterscheiden sich vor allem dadurch von anderen Personen mit problematischem Alkoholkonsum, daß sie von irgendeiner offiziellen Seite als Alkoholiker diagnostiziert wurden.

2.1.2. Theorien über die unmittelbaren Kovariablen  
von problematischem Alkoholkonsum

2.1.2.1. Zum Konzept der "unmittelbaren Kovariablen"

Der Terminus "unmittelbare Kovariablen" existiert bisher nicht in der Alkohol- und Alkoholismusliteratur. Er meint alle Verhaltensweisen, die direkt mit Alkohol zu tun haben, also Trinkverhalten im weitesten Sinne des Wortes.

Ich habe diesen Terminus aus folgenden Gründen eingeführt: Solange der kausale Zusammenhang noch völlig ungeklärt ist, erscheint es prinzipiell angebrachter von "Kovariablen" oder "Korrelaten" zu sprechen als von "Ursachen" oder "Determinanten". Auch wenn die Kausalität ohne aufwendige Längsschnittstudien nicht geklärt werden kann und bis dahin die Annahme einer komplizierten, empirisch zunächst nicht weiter auflösbaren wechselseitigen Beeinflussung zwischen Alkoholkonsum und Trinkproblemen auf der einen Seite und besagten Kovariablen auf der anderen Seite die plausibelste Lösung ist, erscheint doch die Klärung einfacher korrelativer Zusammenhänge nicht unfruchtbar. Die unmittelbaren Kovariablen machen nämlich den Teil des problematischen Trinkens aus, der eventuelle therapeutisch oder präventiv angebar ist. Die Höhe des Alkoholkonsums und die Trinkprobleme sind es nicht oder kaum. Die Frage der Kausalität verliert dabei an Relevanz.

Wenn unter "u n m i t t e l b a r e n" Kovariablen im folgenden solche verstanden werden, die direkt und aktuell mit Alkohol verknüpft sind (wie Einstellungen zum Alkohol; Motivationen, Alkohol zu trinken), so ist bei diesen Variablen also nicht zu klären, ob sie überhaupt etwas mit Alkohol zu tun haben, denn das haben sie per definitionem. Vielmehr geht es um den Nachweis, ob diese

Verhaltens- und Sichtweisen, wenn sie bei einem Individuum auftreten, mit der Höhe seines Alkoholkonsums und dem Auftreten von Trinkproblemen zusammenhängen, oder ob es sich um Aspekte des Alkoholverhaltens handelt, die für diese Kriterien irrelevant sind. (Im Gegensatz dazu werden dann unter mittelbaren Kovariablen solche verstanden, die nicht von vornherein mit Alkohol verknüpft sind, zumindest, was das aktuelle Verhalten des Individuums betrifft, z.B. Persönlichkeitsfaktoren oder biographische Daten). Mit dem Terminus mittelbar soll dagegen nichts ausgesagt werden, über Art und Weg des Zusammenhangs. Es ist möglich, daß ein Zusammenhang nur über die unmittelbaren Kovariablen zustandekommt, doch sind auch andere Zusammenhänge denkbar.

Mit den unmittelbaren Kovariablen des Alkoholkonsums haben sich vor allem zwei Forschungsrichtungen befaßt: zum einen die Soziologie bzw. die soziokulturelle Forschung, zum andern die Lerntheorie. Doch ist - wie wir sehen werden - dieses Gebiet bis jetzt sowohl theoretisch wie empirisch nur bruchstückhaft erfaßt. Eine umfassende Theorie für alle unmittelbaren Kovariablen existiert bisher nicht. Wohl vor allem durch das lange Vorherrschen des Krankheitsmodells gibt es über die mittelbaren Kovariablen bedeutend komplexere Theorien und Untersuchungen, obgleich man meinen sollte, eine Analyse der unmittelbaren Kovariablen sei einer Untersuchung weiter abliegenden Gebiete logisch vorgeordnet. Wir müssen also im folgenden eher Theorieversatzstücke denn wirkliche Theorien zusammentragen.

## 2.1.2.2. Soziokulturelle Theorien

### 2.1.2.2.1. Generelle Struktur dieser Theorien

Die meisten der Theorien auf diesem Gebiet resultieren aus den 40er und 50er Jahren, als man erstmals darauf stieß, daß unterschiedliche Kulturen und soziale Gruppen unterschiedliche Alkoholismusraten aufweisen. Es imponierten besonders die Iren wegen ihrer hohen Alkoholismusraten und die Juden wegen ihrer niedrigen. Sie gingen von solchen Einzelgruppen aus und versuchten, daraus eine allgemeine Alkoholismustheorie zu entwickeln. Erst in neuerer Zeit finden sich Theorien, die mehr in allgemeinen soziologischen Theorien verankert sind. Wir haben die Theorien nach ihren zentralen Konzepten geordnet, soweit dies möglich war.

Die meisten Theorien gehen davon aus, daß es so etwas wie "den" Alkoholismus gibt, daß also über ein einheitliches Phänomen theoretisiert werden kann. Wir werden hier versuchen, die Faktoren herauszuarbeiten, die in den meisten Theorien von Bedeutung sind, und immer wieder hervorgehoben werden. Die Theorien selbst bestehen dann in unterschiedlichen Verknüpfungen dieser Faktoren, je nachdem, welcher Kausalzusammenhang zwischen ihnen angenommen wird und welche überhaupt verwendet werden. Generell ist das Denkverfahren etwa wie folgt:

Unterschiedliche Gesellschaftsstrukturen oder unterschiedliche Lebensbedingungen bewirken

eine unterschiedliche Verfügbarkeit von Alkohol;

und/oder unterschiedliche Persönlichkeitsstrukturen, Bedürfnisse, Ängste, Spannungen, Stress usw. bei ihren Mitgliedern;

und/oder unterschiedliche Einstellungen und Normen gegenüber Alkoholkonsum;

und/oder unterschiedliche Definitionen über Wirkung oder Funktion des Alkohols;

und/oder unterschiedliche Reaktionen gegenüber erhöhtem Alkoholkonsum;

und/oder unterschiedliche Angebote von Alternativformen des Verhaltens; und schließlich

unterschiedliche Alkoholismusraten.

Rangposition und Abfolgebedingungen der einzelnen eben aufgeführten Faktoren werden in den einzelnen Theorien sehr unterschiedlich behandelt. Auch werden je nach Theorie einige der Faktoren für unwesentlich oder für wesentlich oder aber gesellschaftlich bedingt erachtet. Alle Theorien dieser Art sehen Alkoholismus in Zusammenhang mit dem in einer Kultur oder gesellschaftlichen Gruppen typischen oder normalen Trinkverhalten, keine hat ein Krankheitskonzept. Gesellschaftsstruktur und Lebensbedingungen als Ausgangsfaktoren werden meist nur sehr unsystematisch in Theorien einbezogen und in der Empirie praktisch nie mit untersucht, außer in anthropologischen Feldstudien, die sich mit kleinen überschaubaren Sozialsystemen befassen, die mit den komplexen Gesellschaften wohl nur sehr wenig gemeinsam haben.

Als allgemeine gesellschaftliche Faktoren, die in den heutigen komplexen Gesellschaften Alkoholismus oder vermehrten Alkoholkonsum begünstigen sollen, werden, zu-  
meist in essayistischer Form, folgende genannt:

"Fortschreitende Zivilisation", die Leere erzeuge.  
(LUSTIG, 1966)

"Anpassungsdruck", der zu einem Regressionszwang der Werktätigen führe.

(MORIN und COURTOIS, 1969)

Überbewertung von Produktion und Konsum, bei Vernachlässigung instinktueller Befriedigung, wobei Alkohol ein Konsumsymbol darstelle (da der beim Konsum ganz verschwinde), und ein verbreitetes Vergnügen in einer Gesellschaft mit Leistungszwang.

(MORIN und COURTOIS, 1970)

Biologisches Schicksal von Alter und Tod, sowie die immer neuen Forderungen von seiten der Gesellschaft, die zu Anpassungsschwierigkeiten führen. Alkohol als Mittel der Jugend, Vergangenheit zu vergessen und nicht an die Zukunft zu denken.

(CATOVIC, 1963)

Gestörte Sozialisation.

(ANDORKA et al., 1970)

Kultureller Konflikt, der sich auch in der Trinknorm zeige, innerhalb der Kultur, der zu Angst und Schuld führe.

(BACON, 1957; STRAUS und BACON, 1953)

Wertkonfusion, ambivalente Einstellungen.

(TALIK, 1970)

Kulturelle Ambivalenz, die mangelnde Identifikationsmöglichkeiten biete und zu Gefühlen der Hohlheit und des Zufallgebrachtseins führe.

(REINHARDT, 1969)

Mangel an kulturellen Modellen.

(STRAUS, 1966)



Soziale Unordnung, die Stress bewirke, gegen den Alkohol einen Entweichungsmechanismus darstelle.  
(SMYTHE, 1966)

Soziale Ambivalenz, die Stress bewirke.  
(READER, 1967)

Heterogenität von sozialen Gruppen und kulturellen Traditionen, die zu Ambivalenz führe, da eine Gruppe der anderen ihre Gewohnheiten aufdrängen wolle. Ambivalenz der Trinknormen stellt nur ein Beispiel der allgemeinen Ambivalenz dar.  
(VERDEN, 1968)

Diese Theorien wurden fast ausschließlich von Amerikanern oder doch mit Blick auf Amerika entwickelt. Häufig beziehen sie sich auch auf Volksstämme, die sich in der Akkulturationsphase befinden.

Ein Unikum stellt die Klimatheorie von LYNN dar (LYNN 1971 a, b). Starke Sonnenhitze bewirke ein Ansteigen der nervösen Aktivität bei den Bewohnern der betreffenden Länder, was sich als erhöhtes Angstniveau manifestiere und wogegen vermehrt Alkohol getrunken werde. Überproduktion von Wein (AMIEL, 1968), die zu verstärkter Ausbildung des sozialen Habits Alkoholkonsum führe, wird gelegentlich genannt. Dieses Problem wird uns bei späteren Theorien über die Verfügbarkeit von Alkohol noch beschäftigen. Nahrungsmangel, Akkulturation und Krieg, die zu Ängsten und Restriktionen führen, gegen die Alkohol eingesetzt wird, nennt HORTON (1943).

Die unmittelbaren Kovariablen des Trinkens haben hier also eine Zwischen- und Vermittlungsfunktion zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Alkoholkonsum, wobei der Weg bei einigen Theorien noch über gesellschaftlich erzeugte Persönlichkeitsvariablen läuft. Andere Theorien

verlagern die Persönlichkeitsvariablen mehr auf die individuelle Seite (z.B. JELLINEK 1960, SARGENT 1968, DeLINT und SCHMIDT 1971). Erst wenn diese persönlichen Faktoren, die persönliche Vulnerabilität für Alkoholismus (z.B. emotionale Unangepaßtheit, Neurotizismus, Angst, aber auch elterliche Deprivation, Konflikte über das Trinken in der Kindheit, Verhaltensmodell durch Verwandten, der Alkoholiker ist) mit bestimmten kulturellen Faktoren, die spezifisch auf das Alkoholtrinken bezogen sind, zusammentreffen, kommt es zu Alkoholismus. SARGENT (1968) hat z.B. drei mögliche Abfolgen aufgezählt: (a) Vulnerabilität - Bestätigung durch Trinkgruppen - starkes Trinken - Alkoholismus. (b) Bestätigung durch Trinkgruppen - starkes Trinken - präzipitierender Faktor - Alkoholismus. (c) Vulnerabilität - einsames Trinken - soziales Trinken - Alkoholismus.

Werden die Persönlichkeitsfaktoren der gesellschaftlichen Ebene zugeschlagen, kommt es z.T. zu psychokulturellen statt soziokulturellen Theorien, d.h. Gesellschaften werden in ihrer Gesamtheit wie Einzelindividuen betrachtet. So stellt z.B. die Theorie HORTONS (1943) eine Übersetzung FREUDscher und HULLscher Konstrukte auf die Gesellschaftsebene dar. Danach wird Alkohol gegen Ängste eingesetzt, was aber selbst wieder Gegenängste hervorruft, und zwar durch die Freisetzung von Sexualität und Aggressivität. Der Alkoholgebrauch regelt sich durch das Wechselspiel der Ängste. Alkoholkonsum wird als Angstindikator gesehen. Ähnlich bei LYNN (1971), der verschiedenste psychische "Symptome", wie z.B. Alkoholismus mit dem generellen Angstniveau in Gesellschaften in Beziehung sehen will.

Andere Autoren, wie LEMERT (1954), glauben, daß Alkohol nicht so sehr zur Angstreduktion genommen wird, sondern daß sich Gesellschaften und Gruppen danach unterscheiden

lassen, welche Art von Kontaktverhalten in ihnen herrscht. Alkohol diene dazu, den formalisierten, zu Entfremdungsgefühlen führenden Kontakt zu durchbrechen. WILKINSON (1971) spricht von einer unvollständigen Unterdrückung aggressiver Impulse, die erhöhten Alkoholkonsum bewirken.

Bezogen auf den Ansatz der "unmittelbaren Kovariablen" nehmen all diese Theorien auf jeden Fall an, daß es bei Individuen mit erhöhtem Alkoholkonsum zu einer subjektiv positiv empfundenen akuten Alkoholwirkung kommt (Angstreduktion, Kontakterleichterung, Aggressionsfreisetzung).

#### 2.1.2.2.2. Normenkonfusion oder -ambivalenz und Trinkstil

Bei den Trinknormen und etablierten Trinkverhaltensweisen handelt es sich um alkoholspezifische Faktoren, die in einzelnen Gesellschaften oder gesellschaftlichen Gruppen unterschiedlich sein können. Zum Teil werden sie auf die oben dargestellten allgemein gesellschaftlichen Faktoren oder auf die gesellschaftlich bedingten Persönlichkeitsfaktoren bezogen oder als Teil dieser Faktoren oder durch sie bedingt angesehen, häufig aber isoliert betrachtet.

Am häufigsten wird als Ursache für den Alkoholismus auf Unklarheit und Widersprüchlichkeit von Trinknormen hingewiesen, oder auf deren mangelnde Spezifität (in Bezug auf Zeit, Menge und Umstände), oder ihre mangelnde Integration mit anderen normativ geregelten Praktiken, was zu einer Art ungeregeltem Ausufern des Alkoholkonsums führe.

BACON (1967) spricht von einer Fragmentierung der Sanktionen. In einer komplexen Gesellschaft sei die Sanktionsgewalt jeder Gruppe potentiell geschwächt durch die andersartigen Normen anderer Gruppen. Das Individuum habe

daher verschiedene, inkompatible Trinknormen zu befolgen. Auch die Kontrollfunktion werde von verschiedenen Gruppen ausgeübt, so daß die Sanktionen einer einzelnen Gruppe kaum signifikant sein könnten. Der Mangel an klaren Definitionen akzeptablen Trinkverhaltens führe via Erzeugung von Schuld- und Angstgefühlen zu höheren Alkoholismusraten (s. a. BACON, 1945; STRAUS and BACON, 1953).

Es wird hier vor allem auf die hohen Alkoholismusraten bei amerikanischen Einwanderergruppen, wie die Iren, und bei Personen aus Abstinenzmilieus (wie Mormonen und Methodisten), die zu trinken begonnen haben, hingewiesen. Die Letztgenannten verfügten über keinerlei Normen in Bezug auf adäquates Trinken. SKOLNIK (1958) meint allerdings, daß diese Personen sehr wohl über eine "evidente" Norm in Bezug auf das Trinken verfügen, nämlich über die des abschreckenden Beispiels.

Nach FIELD (1962), LOLLI et al. (1958), LOLLI et al. (1953) ergibt sich ein geringes Vorkommen von sozialen und familiären Problemen infolge von Alkohol, wenn der Alkohol eine institutionalisierte Rolle innerhalb des Familienlebens hat. Diese Hypothese bezieht sich vor allem auf die Chinesen und Italiener, die ein niedriges Alkoholismuskommen haben (d.h. hier: wenig soziale Probleme infolge von hohem Alkoholkonsum), und die von klein auf in den Alkoholkonsum sozialisiert werden. Wie bei den Juden stellt bei den Chinesen Alkohol einen Teil ihres religiösen Rituals dar, nicht aber bei den Italienern. Bei allen drei Gruppen hat er aber eine institutionalisierte Rolle im Familiensystem und ist mit familiären Ritualen verbunden, wie z.B. Ferien, Feiern, Mahlzeiten.

ULLMAN (1958) versucht, die bisher genannten Hypothesen mit folgender Aussage zu vereinen: in jeder Gruppe oder Gesellschaft, in der die Trinksitten, -werte und -sanktionen zusammen mit den Einstellungen aller Segmente der Gruppe oder Gesellschaft fest etabliert, allen bekannt und von allen anerkannt sind, und konsistent sind mit der übrigen Kultur, wird die Alkoholismusrate niedrig sein. Unter Bedingungen, unter denen der individuelle Trinker nicht weiß, was erwartet wird, oder wenn die Erwartung von Situation zu Situation wechselt, wird er ambivalente Gefühle in Bezug auf das Trinken entwickeln. Da diese Hypothese zwar den hohen Alkoholismusraten der Iren und Nordostamerikaner, und den niedrigen der Juden, Chinesen und Italiener Rechnung trägt, nicht aber dem hohen der Franzosen, die ebenfalls bereits als Kinder an den Alkohol gewöhnt werden, wurde sie von BLACKER (1966) dahingehend erweitert, daß für ein niedriges Alkoholismusvorkommen zusätzlich preskriptive Normen gegen exzessives Trinken vorhanden sein müssen. BLACKER verwendet daher einen Ansatz von MIZRUCHI und PERUCCI (1962), wonach starke proskriptive Normen (d.h. solche, die eine negative Zielsetzung aufweisen und das Abstandnehmen von gewissen Aktivitäten fordern) gewöhnlich zu vermehrter Pathologie führe, wenn abweichendes Verhalten auftritt, als es preskriptive Normen tun (d.h. solche mit positiver Zielbestimmung, die eine bestimmte Art des Betragens vorschreiben). Nach dieser Hypothese ist das häufige Auftreten von exzessivem Trinken bei Personen aus Abstinenzfamilien, die zu trinken beginnen, zu erklären, da sie nur über proskriptive Normen verfügen. Den Franzosen dagegen mangelt es an proskriptiven Normen gegen exzessiven Alkoholgenuß und Trunkenheit.

LARSEN und ABU-LABAN (1968) und ABU-LABAN und LARSEN (1968) glauben, daß "non-skriptive" (i.e. undifferenzierte, unklare, widersprüchliche) Normen zu den höchsten Alkoholismusraten führen, proskriptive insgesamt zu den niedrigsten (außer bei Personen, die sie überschreiten) und preskriptive Normen eine Mittelstellung einnehmen. Bei ihnen läuft allerdings ebenso wie bei KNUFFER et al. (1963) dieser Prozeß noch über eine weitere Variable, nämlich die Erzeugung persönlicher Alkoholdefinitionen, d.h. Personen aus nonskriptivem und proskriptivem Normhintergrund trinken eher aus persönlicher Motivation (da sie keine soziale gelernt haben), was erst zu erhöhter Alkoholismusgefährdung führt.

Rollenspezifische Normen innerhalb einer Gesellschaft (daß also je nach Geschlechts-, Alters-, Status- und Berufszugehörigkeit ein anderes Trinkverhalten erwartet wird) sind wenig systematisch theoretisch integriert. Es wird gewöhnlich nur behauptet, daß solche doppelten Standards bestehen (STRAUS, 1966; BRUYN, 1966). KNUFFER und ROOM (1964) meinen, daß vor allem für solche Personen restriktive Normen bestehen, die sich in größerer finanzieller Abhängigkeit befinden, und daß die restriktiven Normen gegenüber Frauen damit zusammenhängen, daß auch die sexuellen Normen bei ihnen restriktiver sind, deren Einhaltung bei hoher Alkoholaufnahme gefährdet wäre. Bei Männern dagegen gehöre es eher zur gesellschaftsspezifischen Norm, generelle Normen zu brechen.

#### 2.1.2.2.3. Definitionen des Alkohols

Dieser theoretische Ansatz geht auf BALES (1962; frühere Arbeit 1944, 1946) zurück. Nach dieser Theorie, wie der von SNYDER (1962), hängt das Ausmaß des Alkoholismus in einer Gesellschaft nicht nur davon ab, welche Bedürfnisse



nach Ausgleich persönlicher Spannungen sie in ihren Mitgliedern erzeugt, und welche Alternativmittel sie zur Lösung dieser Spannungen zur Verfügung stellt, sondern auch davon, welchen Verwendungszweck des Alkohols deren normative Struktur positiv sanktioniert. BALES unterscheidet folgende Alkoholdefinitionen oder Verwendungszwecke:

- a) die utilitaristische oder persönliche (Alkohol unter dem Aspekt des eigenen individuellen Nutzens, z.B. Erleichterungstrinken)
- b) die zeremonielle (z.B. Alkohol zur Verwendung bei religiösen Ritualen)
- c) die soziale Alkoholdefinition (zum Geselligkeitstrinken).

Bales nennt außerdem die Abstinenznorm, die hier jedoch nicht ganz hinzupassen scheint: Alkohol ist dort für alle Zwecke verboten, es wird kein Zweck positiv sanktioniert.

Der BALES'sche Ansatz wurde inzwischen in mehrere andere theoretische Konzepte eingebaut. So stellten KNUPFER et al. (1963) eine "cross-pressure"-Hypothese auf: Personen, von denen erwartet wird, daß sie nicht stark trinken, wie Frauen, Personen mit strengen religiösen Glaubensgrundsätzen, solche, die den mehr konservativen, protestantischen Richtungen angehören, und diejenigen, deren Eltern dem Trinken ablehnend gegenüberstanden, haben, wenn sie stark trinken, eher persönliche Motivationen, während diejenigen, die aus Gruppen kommen, die keine negativen Sanktionen gegen das Trinken haben, wenn sie stark trinken, eher soziale Gründe angeben. Ähnlich argumentieren auch LARSEN und ABU-LABAN (s.o.).

JESSOR et al. (1970) stellten die Hypothese auf, daß nur dann ein Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsvariablen

und Alkoholkonsum bzw. Trinkproblemen innerhalb einer Gesellschaft besteht, wenn in dieser Gesellschaft gleichzeitig die persönliche Alkoholdefinition besteht, d.h. wenn Alkohol als Mittel zur Lösung persönlicher Schwierigkeit (z.B. angstreduzierend) angesehen wird. Es wurden inzwischen eine Reihe anderer Verwendungszwecke hinzugenommen, z.B. Alkohol als gesundes Nahrungsmittel (bei den Italienern), als Genußmittel wegen des Geschmacks (Frankreich), als notwendiges Stärkungsmittel bei körperlicher Anstrengung (Frankreich), doch hat sich die Diskussion immer mehr um die soziale und persönliche Alkoholdefinition konzentriert.

MULFORD und MILLER (1960) ordnen diesen Ansatz in die Theorie des symbolischen Interaktionismus ein. Alkohol wirkt als das, wozu er sozial definiert ist. Alkohol wie das Selbst des Trinkenden werden als Objekte in der symbolischen Umgebung gesehen. Auch MULFORD und MILLER unterscheiden hauptsächlich soziale und persönliche Alkoholdefinitionen, bzw. auf der subjektiven Ebene -motivationen. In dieser Theorie verwenden Personen mit persönlicher Alkoholdefinition Alkohol vor allem als Mittel, um zu einer Redefinition ihres defizienten Selbst und ihrer Beziehung zu andern zu gelangen, eventuell auch um eine generellere Rekonzeptualisierung ihrer symbolischen Umgebung zu erreichen.

#### 2.1.2.2.4. Die Ettikettierungstheorie

Bei der "Ettikettierungs"-("labeling")Theorie handelt es sich im Gegensatz zu den vorher besprochenen nicht um eine speziell für Alkoholprobleme entwickelte, sondern vielmehr um eine komplexe, allgemeine soziologische Theorie zur Entstehung abweichenden Verhaltens, die auf die Probleme des Alkoholismus übertragen wurde. Und zwar han-

delt es sich auch hier um einen Ansatz des symbolischen Interaktionismus. Als "labeling" wird die Anwendung und Durchsetzung von Interpretationsschemata und Stereotypen verstanden, der Prozeß, anderen Personen solche Schemata aufzupressen, bis sie ihnen in ihrem Verhalten entsprechen. Der Prozeß des "labeling" und der Abweichung hängt sich an minimalen primären Abweichungen oder besser gesagt Unterschiedlichkeiten auf, die verschiedenster Natur sein können, sofern deren Normalisierung durch Änderung des Interpretationsrahmens nicht gelingt. Aus der Unsicherheit, die durch die Verletzung von Normalitätsvorstellungen und Selbstverständlichkeiten entsteht, reagiert die Umgebung mit Strafen und Zurückweisung, was zu einem stärker abweichenden Verhalten bei dem Betroffenen führt. Diese Wechselwirkung entwickelt sich soweit, bis es zur formalen Aktion der Gemeinschaft, der Stigmatisierung und Statusdegradierung des Individuums kommt, und endlich das Individuum die deviante Rolle akzeptiert, um sich ihr anzupassen.

Im Zentrum der Theorie stehen also die Einstellungen zu Alkoholikern, die soziale Distanzierung von ihnen und der Prozeß der Rollenübernahme bei den Betroffenen. Die Etikettierungstheorie geht von eben den Daten aus, die den anderen Forschungsrichtungen als Fehlerfaktoren gelten. So werden Unterschiede zwischen "true-prevalence-Daten" und offiziellen Daten nicht als durch Störvariablen verursacht betrachtet, sondern eben die Quelle dieser Unterschiede in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt. Nach Schätzungen gibt es z.B. in den USA etwa 5 Millionen Alkoholiker (wobei meist Modifikationen der JELLINEK-Formel zugrundegelegt werden). RUBINGTON (1972) schätzt, daß davon nur 30% offiziell bekannt sind, und zwar sind etwa 300.000 den Anonymen Alkoholikern bekannt, eine halbe Million den offiziellen Behandlungsinstitutionen, eine

zweite halbe Million juristischen und pädagogischen Einrichtungen. Die sichtbarsten aller Alkoholiker sind die Skid-Row-Alkoholiker und die Täter mit chronischen Trunkenheitsdelikten.

Bezogen auf den Alkoholismus wird als wichtiges Faktum hervorgehoben, daß in gewissen Gesellschaften bzw. gesellschaftlichen Gruppen Trinken zwar positiv sanktioniert wird, der exzessiv Trinkende dann aber mit sozialer Isolation und Zurückweisung von den akzeptabel Trinkenden bestraft wird. Die Isolierung und Abstempelung führe den Betreffenden zum Anschluß an Trinkgruppen, in denen sein abweichendes Verhalten verstärkt werde (LEMERT, 1954; TRICE, 1956; SAINT, 1969; SARGENT, 1968). Bei ihm selbst führe die Zurückweisung zu den für den Alkoholiker charakteristischen Schuldgefühlen und Verleugnungstaktiken (LEMERT, 1954). Auch der Kontrollverlust ist nach TRICE (1956) erst ein Produkt der mit der Zurückweisung einhergehenden immer stärkeren Trinkabweichung.

Es ist wahrscheinlich, daß es, je höher starkes Trinken mit anderen Verhaltenscharakteristika einer Kultur integriert ist, deren Mitgliedern umso inadäquater erscheint, alkoholisches Verhalten als Krankheit irgendwelcher Art zu betrachten. So messen in Frankreich, wo der Delta-Alkoholismus, d.h. Gewohnheitstrinken ohne psychische Abhängigkeit, prädominiert, relativ wenige Ärzte psychologischen Aspekten irgendwelche Bedeutung bei (SADOUN et al., 1966). In Amerika, wo der Gamma-Alkoholismus dominiert, wird jedoch psychologischen und moralischen Aspekten eine große Bedeutung beigemessen (SARGENT, 1968; RUBINGTON, 1972).

SARGENT (1968), RUBINGTON (1972) und ROMAN und TRICE (1971) glauben, daß der labeling-Prozeß erst in einer

späteren Phase des Alkoholismus von Bedeutung ist. Zunächst finde durch Stress und verunsichernde Faktoren in der Umgebung (ROMAN und TRICE, 1970) eine primäre Abweichung von seiten des Individuums statt, das sich dann davor zu schützen sucht, unter die Trinker eingereiht zu werden und sich damit eine Statusdegradierung zuzuziehen, wobei es zum Teil von anderen Personen unterstützt wird. ROMAN und TRICE (1971), die sich vor allem mit Reaktionen auf Alkoholkonsumenten am Arbeitsplatz befassen, glauben, daß dort der Druck zur Normalisierung der primären Abweichung zunächst erheblich größer ist, als der Druck, die Devianz zu erkennen. Der Druck zur Normalisierung und Verheimlichung rühre nicht von Ignoranz oder humanistischen Strebungen her, sondern von der Gefahr der "Bumerang-Etikettierung" und des Abbruchs der Interaktion mit dem bisher nicht oder nur privat etikettierten abweichenden Trinker.

Niedrige Visibilität und Supervisionsmangel lassen nach ROMAN und TRICE (1970) die Abweichung lange Zeit unerkannt. Auch BACON (1969) hebt die Bedeutung der primären Devianz hervor und glaubt, daß folgende Faktoren zu ihrer Weiterentwicklung beitragen: (a) ein undefiniertes Toleranzniveau der Gesellschaft, (b) unsichere, irreguläre, inkonsistente Sanktionen, (c) Desinteresse oder Vermeidung von Engagement gesellschaftlicher Autoritäten, (d) mangelnde oder nicht rollenentsprechende Reaktionen der zuständigen Funktionäre.

Ob dann ein labeling-Prozeß in Gang kommt, hängt nach SARGENT (1968) unter anderem von folgenden Faktoren ab, und zwar zunächst von der Art der Trinknormen. Je stärker prohibitiv eine Norm ist (Extremfall: Abstinenzvorschrift), desto seltener sind Normverstöße und desto eher wird sich einer, der die Norm bricht, die Bezeichnung Alkoholiker zuziehen, desto stärker wird die Verurteilung

ausfallen, desto eher wird Druck ausgeübt, sich einer Behandlung oder Bestrafung zu unterziehen. Als Beweis wurden hier Untersuchungen an Personen aus Abstinenzler-Traditionen herangezogen (STRAUS und BACON, 1953; MIZRUCHI und PERUCCI, 1962). Von dieser Population trinken zwar wenige, aber von denen, die trinken, entwickeln viele die Alkoholismuszeichen sehr rasch.

Der zweite Faktor ist die Frequenz und Art der Regelverletzungen. Starke, ernste, plötzliche und gewalttätige Regelverstöße sind am wenigsten vorhersagbar und rufen Reaktionen fast gleicher Stärke hervor. Beleg: Untersuchungen der Beziehungen von Frauen von Alkoholikermännern (s. JACKSON und KOGAN, 1963) weisen darauf hin, daß die Ehefrauen bei den ersten Anzeichen von Gewalttätigkeit ihre Männer als Alkoholiker bezeichnen, starke Unzufriedenheit zeigen, ihre Männer bei einer Reihe anderer Personen exponieren, und die strengsten negativen Sanktionen vornehmen, die ihnen zu Gebote stehen. Ebenso fallen nach RUBINGTON die Reaktionen auf der Arbeitsstelle umso massiver aus, je größer der angerichtete Schaden ist.

Den dritten Faktor stellt die Anzahl der Regelverletzenden im Verhältnis zur Anzahl der Nichtregelverletzenden dar. Je geringer die Anzahl der Regelverletzenden in einer Gruppe, desto stärker fallen die Sanktionen und das "labeling" aus. Belege: Stärkere Reaktionen gegen Frauen, bei diesen gleichzeitig stärkere Wirkungen ihrer Alkoholprobleme; höhere Toleranz und geringere Reaktionen, z.B. in trinkfesten Berufsgruppen.

Als vierter Faktor gilt der Status des Regelverletzers. Je höher der soziale Status des Regelverletzers, desto langsamer erhält er das Etikett Alkoholiker, desto später wird ihm die Alkoholikerrolle zugewiesen, aber desto stärker ist die Reaktion privater Bezugspersonen. Falls



nämlich bei hohem Status die Abweichung im Verhalten und die Konsequenzen für andere bekannt würden, würde das sehr starke gesellschaftliche Reaktionen hervorrufen, die kostspieligen Schäden entsprechen würden. Belege: Eine Anzahl von Untersuchungen (TRICE, 1962; WARKOV et al. 1965) erbrachte, daß ungelernte Arbeiter durch Vorgesetzte und Kollegen sehr viel schneller als Alkoholiker identifiziert wurden als höhergestellte "white-collar"-Arbeiter. Andererseits sind Sanktionen auf der Arbeitsstelle gegenüber Arbeitern von niedrigem Status in dieser Beziehung relativ milde im Vergleich zu den Sentiments und Aktionen gegenüber Vorgesetzten, wenn ihr Alkoholismus bekannt und durch ihr Verhalten klar sichtbar wird. Aus der Industrie liegen dementsprechend fast nur Untersuchungen über Alkoholismus bei "white-collar"-Arbeitern vor (TRICE, 1970).

Nach den Ergebnissen von WARKOV et al. (1965) scheint es so zu sein, daß bei niedrigem Status die Wahrscheinlichkeit, daß abweichendes Verhalten in Bezug auf Alkohol bekannt wird, größer ist, aber andererseits auch eine größere Anzahl von Personen am Arbeitsplatz hilft, den Alkoholismus des Betreffenden zu verbergen. Dagegen wird nach RUBINGTON der Alkoholismus privat eher bei höherem Status von anderen geduldet und verheimlicht. So wird bei niedrigem Status eher bei Trunkenheitsdelikten die Polizei gerufen.

Zum Zeitpunkt des "labeling" wird der Betreffende häufig durch Hospitalisierung abgesondert, durch Gefängnis bestraft, von seiner Frau geschieden. Er wird von der Gesellschaft als abweichend zurückgewiesen und möglicherweise gleichzeitig als Mitglied einer nicht konformen Gruppe, wie Anonyme Alkoholiker oder einer ausschließlich aus praktizierenden Alkoholikern bestehenden Gruppe, akzeptiert. Dadurch wird er in seiner abweichenden Rolle

verstärkt. Der Weg zurück ist nur wenigen möglich (TRICE und ROMAN, 1970).

#### 2.1.2.2.5. Das Verbrauchs-Verteilungsmodell

Der Ansatz wurde von LEDERMANN (1954) erstmals ausgearbeitet, weiterentwickelt von SEELEY (1960) und von 1960 bis zur Gegenwart vor allem von DeLINT und SCHMIDT (DeLINT und SCHMIDT, 1968, 1971; SCHMIDT und DeLINT, 1970). Er geht von dem Zusammenhang zwischen Pro-Kopf-Verbrauch in einzelnen Ländern und dem Vorkommen von Leberzirrhose in diesen Ländern aus. Alkoholismus wird hier ausschließlich als Leberzirrhosevorkommen definiert. Vertreter des Modells meinen, daß Pro-Kopf-Verbrauchskurven innerhalb von großen Populationen (Jurisdiktionen) unveränderbar einer logarithmischen Normalverteilung gleichen.

Der generelle Charakter der Verteilung ist nach Meinung der Autoren stabil, er variiert weder mit der Höhe des Verbrauchs noch mit der Art des normativen Systems, das den Alkoholkonsum regelt. Weiter wird angenommen, daß Leberzirrhose- und damit Alkoholvorkommen eine direkte Funktion der Höhe des Pro-Kopf-Verbrauchs ist, und daß die Höhe des Pro-Kopf-Verbrauchs ausschließlich durch die Erreichbarkeit und die relativen Kosten des Alkohols geregelt wird. Als Erreichbarkeit gelten z.B. die Anzahl und die Öffnungszeiten von Lokalen mit Alkoholausschank, als Kosten die Alkoholpreise im Vergleich zu den Preisen anderer Lebens- und Genußmittel und dem Einkommen.

Anders als alle bisher referierten Modelle behauptet also die Verbrauchsverteilungstheorie, daß die Höhe des Alkoholkonsums (und damit - wie hier angenommen wird - gleichzeitig das Auftreten von Alkoholproblemen) von den "unmittelbaren Kovariablen" total unabhängig ist, also nur

von der Konsumhöhe bestimmt wird, nicht aber von Einstellungen, Normen, Trinkstil usw. Die Konsumhöhe und die Anzahl an exzessiv Trinkenden ihrerseits bestimmen sich innerhalb einer Jurisdiktion aus Erreichbarkeit und Kosten. Wer zu der aus diesen Faktoren bestimmten Anzahl der exzessive Trinkenden zählen wird, ist Sache der persönlichen Vulnerabilität.

### 2.1.2.3. Lerntheorien

#### 2.1.2.3.1. Generelle Struktur dieser Theorien

Die Lerntheorien zur Entstehung und Aufrechterhaltung problematischen Alkoholkonsums basierten zunächst auf drei Quellen:

allgemein tradierten Meinungen über die Wirkung von Alkohol, Konditionierungsversuche an anderweitig so diagnostizierten, nüchternen Alkoholikern und Tierexperimenten.

Dementsprechend bezogen sie sich lange Zeit vor allem auf die physiologische Wirkung des Alkohols, nicht aber auf die sozialen Aspekte und nicht auf "normales" Trinkverhalten. Außerdem übernahmen sie unbemerkt einiges von den gängigen psychiatrischen und common-sense-Theorien über Alkoholismus. Sie zeichnen sich durch ein sehr undifferenziertes Konzept des Alkoholismus aus. Entweder wird Alkoholismus mit Zuviel-Trinken gleichgesetzt, oder aber mit abweichendem Trinken (wobei aber Normgeber, -anwender und die Norm, von der abgewichen wird, unhinterfragt bleiben), oder aber es wird Alkoholismus als psychiatrische Entität übernommen, wobei die Verhaltenstherapie eben nur für die Änderung des Trinkverhaltens zuständig ist.

Zwar wurde der Ausbruch des Alkoholismus meist nicht auf das Ausbrechen einer zugrundeliegenden Krankheit zurückge-

führt, sondern es wurde immer eher ein Shaping-Prozeß angenommen, doch wurden zur Erklärung des Umstandes, daß nicht alle Personen Alkoholiker werden, auch primäre, im Individuum liegende Abweichungen angenommen (z.B. ein erhöhtes Angstniveau oder ein Defizit in der Konditionierungsfähigkeit). Auch wurde ohne weiteres angenommen, daß nur das Verhalten des Betroffenen die Probleme verursacht, wodurch ein Untersuchen der Probleme unterblieb. Das Konzept des problematischen Alkoholkonsums hat bislang keine Aufnahme in die Lerntheorie gefunden, vielmehr geht man unreflektiert noch immer davon aus, daß es so etwas wie "Alkoholismus" gibt. Nur so ist zu verstehen, daß in die auf diese Theorien aufbauende Therapieformen unbemerkt Annahmen des psychiatrischen Krankheitskonzepts übernommen wurden. So liegt z.B. dem lange vertretenen Therapieziel Abstinenz die implizite Annahme der prinzipiellen Nichtmodifizierbarkeit des alkoholischen Trinkverhaltens zugrunde (also das Kontrollverlustkonzept).

Erst in letzter Zeit werden zunehmend Nichtalkoholiker, soziale Bedingungen und konkrete Verhaltensweisen in die Theoriebildung und die empirische Arbeit miteinbezogen. Gesellschaftliche und kulturelle Aspekte bleiben allerdings weiterhin weitgehend ausgeklammert. Insgesamt ließen sich vier verschiedene lerntheoretische Konzeptionen herausarbeiten.

#### 2.1.2.3.2. Genuin positive Wirkung des Alkohols

Die Meinung, Alkohol werde übermäßig getrunken, weil seine Wirkung auf den Menschen primär angenehm sei, ist zwar eine gängige Alltagstheorie, spielt aber in der klinischen Theorie des Alkoholismus keine sehr große Rolle. Es wird zwar häufig angenommen, daß das Trinken von Alkohol auch

durch unmittelbar positiven Effekt (wie Geschmack, Steigerung des körperlichen Wohlbefindens) verstärkt und aufrechterhalten wird, doch wurde kaum je die Entstehung von Alkoholismus explizit davon abgeleitet. Allerdings liegt der einfachen verhaltenstherapeutischen Aversionstherapie des Alkoholismus implizit sehr wohl dieses Modell zugrunde: ehemals positive Stimuli sollen durch aversive Gegenkonditionierung gleichgültig bis aversiv gemacht werden.

Ansonsten wurde diese Hypothese hauptsächlich an Tieren überprüft, wobei man festzustellen versuchte, ob diese eine angeborene Präferenz für Alkohol vor anderen Getränken haben, was nicht der Fall zu sein scheint.

#### 2.1.2.3.3. Das Angst/Spannungsreduktionsmodell

Dieses Modell war lange Zeit das vorherrschende Modell der Lerntheorie. Der dabei angenommene Lernmechanismus geht auf HULL zurück: Verhalten wird durch Triebreduktion gelernt, wozu auch die Angstreduktion zählt. Die Grundannahme teilt die Lerntheorie sowohl mit den Persönlichkeitstheorien wie auch mit einem Teil der sozio-kulturellen Theorien: Alkohol wirke als Antidot gegen unangenehme Stimmungen, wirke angst- und spannungsreduzierend. Die Theorien unterscheiden sich lediglich in den Annahmen zur Entstehung der Angst oder anderer unangenehmer Befindlichkeiten. Die Hypothese galt alange Zeit allgemein als so selbstverständlich, daß man es gar nicht für nötig erachtete, sie zu überprüfen. Als aversive Zustände, die der Alkoholiker mittels Alkohol zu beenden oder zu vermeiden sucht, werden am häufigsten genannt: Depression, Schmerz, Angst, Streß, Unruhe, Unsicherheit, Inferioritätsgefühle (siehe z.B. LAZARUS, 1965) oder auch Langeweile und Einsamkeit (BANDURA, 1969).

Nach LAZARUS (1965), der hier stellvertretend für viele andere referiert werden soll, kann man sich die Entwicklung von Alkoholismus dann folgendermaßen vorstellen: der spätere Alkoholiker erfährt bei einigen Gelegenheiten die vorübergehend erleichternde Wirkung des Alkohols. Durch intermittierende Verstärkung kommt es zur Ausbildung des Habits "Alkoholkonsum bei Streß". Das übermäßige Trinken führt aber seinerseits zu Problemen (gesundheitlich, sozial, psychisch), die ihrerseits einen erhöhten Streß bedeuten, zu dessen Bewältigung wieder höhere Alkoholdosen eingesetzt werden. Auf diese Weise kommt es zur Ausbildung eines sich selbst verstärkenden circulus vitiosus. In späteren Phasen kommen als wesentliche Auslösebedingungen die physiologisch bedingten Entzugserscheinungen hinzu, die als äußerst aversiv erlebt werden, und die durch Alkohol gemildert werden können.

Zu dieser Theorie gehört auch das allgemeine lerntheoretische Gesetz, daß unmittelbare Verstärker wirksamer sind als zeitlich später erfolgende. Daher ist die unmittelbar positive Wirkung verstärkend und nicht so sehr die zeitlich bedeutend später liegenden negativen Folgen des Trinkens (z.B. der Kater oder in noch größerem zeitlichen Abstand der mögliche Stellenverlust).

Auch die allgemein vertretene Annahme gehört zu dieser Theorie, daß Alkohol enthemmt und risikofreudiger macht: in sexueller, aggressiver und allgemein kontaktmäßiger Hinsicht. Lerntheoretisch läßt sich das so ausdrücken, daß im Konfliktfall das Vermeidungspotential reduziert und das Annäherungspotential vergrößert wird. Bei entsprechend gestörten Individuen ermögliche Alkohol also die Freisetzung von Verhaltensweisen, deren Ausübung einen unmittelbar positiven Verstärkungswert hat (siehe z.B. CONGER 1956).



#### 2.1.2.3.4. Alkoholismus als falsches Trinkverhalten

Diesen Ansatz kann man eigentlich keine Theorie nennen. Er entstand mehr aus den praktischen Bedürfnissen von Verhaltenstherapeuten, diejenigen Merkmale des Trinkverhaltens zu therapieren und vorher notwendigerweise zu isolieren, die Alkoholiker von anderen unterscheiden. In systematischen Beobachtungen gelang es, solche Verhaltenscharakteristika ausfindig zu machen, deren Auswahl jedoch mehr oder weniger willkürlich ist. Es handelt sich einerseits um Parameter des Verhaltensexzesses beim Trinken, andererseits um situative und soziale Begleitumstände. Es wird also angenommen, daß Alkoholismus gleichbedeutend ist mit Zuviel-Trinken und/oder auf eine sozial nicht akzeptable Weise trinken, wobei Gründe und Entstehungsgeschichte nicht interessieren. (Siehe zu diesem Ansatz die Arbeiten von MILLS et al. 1971, NATHAN und O'BRIEN 1971, SCHAEFER et al. 1971, SOBELL et al. 1972, VOGLER 1972).

#### 2.1.2.3.5. Alkoholismus als soziale Interaktionsform

Von einem eher intrapsychischen Modell (Reinforcement durch akute Alkoholwirkung) gelangte man in neuerer Zeit zu einem eher sozialen Modell (soziales Reinforcement für das Trinken selbst oder für das Verhalten unter Alkohol). Als Stammvater solcher Theorien kann SKINNER gesehen werden: Verstärkung nicht durch Angstreduktion sondern operant. Die Theorie der sozialen Verstärkung geht besonders auf BANDURA zurück. Von der Annahme der sozialen Verstärkung des Trinkens gingen manche Autoren weiter zu der Annahme, daß das Trinken selbst eine soziale Interaktions- und Kommunikationsform ist. An dieser Stelle trifft sich die Lerntheorie wieder mit den soziokulturellen Theo-

rien, insbesondere mit dem symbolischen Interaktionismus, wobei sie wie die soziokulturellen Theorien auch das Feld über die klinischen Alkoholismusphänomene ausdehnt, bzw. diese Phänomene als Extreme des üblichen Trinkens ansieht.

Besonders KEEHN (1970) hat die Möglichkeiten des sozialen Reinforcements für das Trinken von Alkohol herausgearbeitet. Alkoholtrinken kann in unserer Gesellschaft als integraler Bestandteil des sozialen Lebens, vor allem des Freizeitverhaltens und der Geselligkeit gesehen werden, wobei in gewissen Situationen, zu gewissen Anlässen oder z.B. in bestimmten Berufszweigen direkt ein sozialer Druck in Richtung Alkoholkonsum ausgeübt wird, wobei Trinken sozial belohnt, Nichttrinken aber bestraft wird. Auch übermäßiges Trinken wird in gewissem Grad noch positiv verstärkt, z.B. als Zeichen von "Männlichkeit", "Stärke", "Erwachsenensein" (siehe VOGEL-SPROTT 1967, LISANSKY und GOMBERG 1968). Die Angst sich zu blamieren und die soziale Anerkennung und Zuwendung zu verlieren, veranlaßt viele - so wird angenommen - mehr zu trinken, als sie von sich aus tun würden (MILLS et al. 1971). Einen wichtigen Lernmechanismus stellt in diesem Kontext auch das Modellernen dar (BANDURA, 1969). Besonderes soziales Reinforcement für das Trinken erfährt das Individuum beim Anschluß an spezielle Trinkgruppen, meist "Peer-groups". Trinken kann hier als Fokus und Vehikel für eine Reihe sozialer Interaktionen dienen und zum diskriminativen Stimulus für soziale Zuwendung werden. Bei Aufgabe des Trinkens kann das Individuum von sozialer Isolation bedroht werden. (Siehe hierzu: SKOLNIK, 1957; LAZARUS, 1965; BANDURA, 1969; CAHOON, 1972; SOBELL und SOBELL, 1973).

KEEHN (1970) entwickelte auch für das einsame und heimliche Trinken ein Modell der sozialen Verstärkung, in dem er die Wirksamkeit intermittierender Verstärkungspläne

mit seltenem Reinforcement hervorhebt. Soziale Bestrafung wird hier zum Auslöser für das Trinken und als diskriminativer Stimulus für alsbaldige Belohnung. Eine soziale Verstärkung des Trinkens kann auch darin gesehen werden, daß der Zustand des Angetrunkenseins in unserer Kultur weitgehend der sozialen Verantwortung enthebt. So kann man sich gewisse Verhaltensweisen (wie aggressive und sexuelle Entgleisungen) eher in diesem Zustand leisten (GODARD 1971, SOBELL und SOBELL 1973).

Einen noch stärker interaktionistisch und systemtheoretisch orientierten Ansatz vertreten STEINGLASS und Mitarbeiter (TAMERIN und MENDELSON 1969, STEINGLASS et al. 1971, WEINER et al. 1971). Danach ist exzessiver Alkoholkonsum Teil eines Interaktionsstils, der zur Aufrechterhaltung eines interpersonalen Systems notwendig ist. Dabei denken die Autoren sowohl an Trinksysteme mit bestimmten Spieregeln, Rollenverteilungen und Rollenwechseln innerhalb trinkender Gruppen oder Paare, wie auch an Interaktionsformen zwischen trinkendem oder nicht trinkendem Partner (z.B. Ehen), wo der Alkoholismus des einen Teils zur Aufrechterhaltung der Rollenverteilung notwendig ist. Hier überschneiden sich Labelingtheorie und Lerntheorie.

## 2.2. Methodik

### 2.2.1. Indirekte Methoden

#### 2.2.1.1. Generelle Problematik dieser Methoden

Zweifellos befindet sich die Sozialepidemiologie beim Alkoholismus, Trinkverhalten und bei Alkoholproblemen in einer relativ günstigen Lage. Anders als beispielsweise bei neurotischen Symptomen liegen hier nicht nur die offi-

ziellen Erfassungsdaten aus Kliniken und anderen Institutionen vor, sondern auch Daten über andere wichtige Parameter, so daß indirekte Abschätzungen ohne Rekurs auf die sehr aufwendigen Verfahren des direkten "Case-Finding", etwa durch Untersuchung repräsentativer Bevölkerungsstichproben, vorgenommen werden können. Man kann eine Reihe wichtiger Dinge feststellen, etwa die Höhe des Konsums an Verbrauchs- und Verkaufsdaten, die gesundheitlichen Konsequenzen anhand von alkoholspezifischen Erkrankungs- und Todesraten, die sozialen und ökonomischen Konsequenzen aufgrund von Ausfalldaten in der Industrie, oder das Auszählen der Unfälle unter Alkoholeinfluß, um so zu Schätzungen des Problemausmaßes zu gelangen.

Die Definitionsabhängigkeit dieser Schätzungen und Erhebungen ist allerdings sehr bedeutend, obgleich sie häufig vernachlässigt wird. Da Alkoholismus kein einheitliches Syndrom ist, kann man einfach nicht erwarten, durch die Erfassung einer Variablen auf das Ausmaß der anderen Variablen ohne weiteres schließen zu können. Definiert man den Alkoholismus etwa im Sinne medizinischer Schäden, dann kann man mit Fug und Recht aus den Daten über körperliche Erkrankungen und Todesraten auf das Ausmaß des Alkoholismus schließen, allerdings eben nur soweit die Definition reicht. Aus diesem Grunde besitzen Methoden, die gewöhnlich zur indirekten Prävalenzabschätzung "des" Alkoholismus verwendet werden, nur einen begrenzten Generalisierungsgrad und sind nur zur Prävalenzabschätzung eines jeweiligen Problems zu verwenden.

Die generelle Schwierigkeit aller indirekten Methoden besteht darin, daß die auf den verschiedenen Wegen gewonnenen Daten kaum miteinander in Beziehung zu setzen sind und eigentlich nicht einfach korreliert werden dür-

fen, obwohl das häufig geschieht. Da bei solchen Methoden die Individuen, von denen sich die Daten rekrutieren, nicht mehr identifizierbar sind, ist es auch nicht möglich festzustellen, ob von den auf verschiedenen Wegen ermittelten Daten dieselben Individuen getroffen werden. Es ist daher praktisch unmöglich, auf diese Weise zu irgendwelchen Aussagen über Zusammenhänge zwischen den Alkoholproblemen und den "unmittelbaren Kovariablen" zu gelangen, obgleich sich häufig derartige Aussagen finden.

#### 2.2.1.2. Die Methode von JELLINEK

Dies ist die bei weitem bekannteste und verbreitetste Methode zur Beurteilung der Alkoholismusrate. Sie geht von Todesfällen aufgrund von Leberzirrhosen aus, weil immer wieder beobachtet wurde, daß disproportional viele Alkoholiker an dieser Erkrankung starben (LIPSCOMB, 1953; SCHMIDT und DeLINT, 1969; SUNDBY, 1967).

Mit der JELLINEK'schen Formel wird anhand der offiziell statistisch erfaßten Todesfälle aufgrund von Leberzirrhose die Anzahl der Alkoholiker mit Komplikationen geschätzt, d.h. die Anzahl derjenigen, die aufgrund eines prolongierten, exzessiven Trinkens diagnostizierbare physische oder psychische Veränderungen aufweisen. Die ursprüngliche Formel lautet:

$$A = R \frac{PD}{K}$$

wobei:

- R = das Verhältnis aller Alkoholiker zu den Alkoholikern mit Komplikationen
- D = die Anzahl der in einem bestimmten Jahr berichteten Todesfälle aufgrund von Leberzirrhose
- K = der Prozentsatz aller Alkoholiker mit Komplikationen, die an Leberzirrhose sterben

A = die Gesamtzahl von Alkoholikern, die in einem bestimmten Jahr am Leben sind.

Die Methode wurde von vielen mit Skepsis aufgenommen. Die folgenden Einwände sind am häufigsten gemacht worden: Die offiziellen Sterblichkeitsstatistiken geben gewöhnlich eine unzuverlässige Schätzung der wahren Inzidenz der Todesfälle aufgrund von Leberzirrhosen ab, indem sie sie unterschätzen. Die Häufigkeit von Leberzirrhose wird durch viele andere Faktoren beeinflusst als durch Alkoholismus, insbesondere wird die Trendbewertung durch vorübergehende Ereignisse wie epidemische Hepatitis verdunkelt (IPSEN et al. 1952). In einer direkten Untersuchung der Sterblichkeitsdaten in Finnland (BRUUN et al. 1960) zeigte sich, daß die Auszählungen aufgrund von Autopsiebefunden mehr Leberzirrhosefälle ergaben als die aufgrund klinischer Diagnosen. Weil in den meisten Jurisdiktionen gewöhnlich nur ein sehr geringer Teil der Verstorbenen einer Autopsie unterzogen wird, wird diese Todesursache wahrscheinlich im allgemeinen als zu gering veranschlagt. Wie aus der finnischen Untersuchung hervorgeht, kann der Unterschied tatsächlich bis zu 50% betragen. Andererseits vermag die spezielle Selektion für die Autopsie (z.B. Polizeifälle, Obdachlose) die Fallanzahl der Leberzirrhose erhöhen, so daß die tatsächliche Differenz vielleicht doch nicht so groß ist. In Ländern oder Zeitabschnitten mit einem großen Vorkommen von infektiöser Hepatitis oder Unterernährung ist die Formel eigentlich nicht anwendbar (SJÖVALL, 1952).

Die stärkste Kritik zogen die JELLINEK'schen Methoden zur Ermittlung der Werte für die Faktoren P, K und R auf sich. SEELEY (1959) wies nach, daß die Rechenprozedur zur Ermittlung der P-Werte aus Trenddaten streng genommen nicht anwendbar ist. Der P-Wert variiert nicht nur von einem Land zum andern, sondern weist auch regionale



Unterschiede und zeitliche Veränderungen in der Alkoholismusprävalenz innerhalb eines Landes auf. Den K-Wert betrachtete JELLINEK als Konstante für alle Länder. Er ermittelte diesen Wert durch eine Mittelwertanalyse von Frequenzdaten, die auf Autopsiestichproben von "Alkoholikern mit Komplikationen" beruhten und von Autoren der verschiedensten Länder berichtet wurden (WHO-Report, 1951). POPIAM (1956) wandte dagegen ein, daß, selbst wenn die Sterblichkeitshäufigkeit an Leberzirrhose unter Alkoholikern konstant für alle Länder wäre, die Häufigkeit anderer organischer Komplikationen wahrscheinlich unterschiedlich sei. Daher würde das Vorkommen von Leberzirrhose unter Alkoholikern "mit Komplikationen", und damit auch die Todesrate, durch diese Krankheit in dieser Gruppe (also K) auch einer internationalen Variation unterliegen. Aus demselben Grunde könne keine Konstanz von K über die Zeit angenommen werden.

SJÖVALL (1952) stellte die Methode der Mittelwertanalyse aus einer Vielfalt von Befunden infrage, weil die Unterschiede hinsichtlich des Gebrauchs diagnostischer Kriterien bei verschiedenen Pathologen und der Einfluß solcher Bedingungen wie infektiöse Hepatitis das Vorkommen in den verschiedenen Regionen sehr beeinflussen könne. SEELEY (1959b) argumentierte, daß der auf Autopsiedaten beruhende Wert K logischerweise nicht die Todesrate an Leberzirrhose bei lebenden Alkoholikern mit Komplikationen gleichgesetzt werden könne. Dies müßte grobe Unterschätzungen ergeben, wenn nicht ein anderer kompensierender Fehler mit eingehe. Gegen den R-Faktor, dessen Wert auf Daten von klinischen Stichproben beruht, wandte SEELEY (1959b) ein, daß er wahrscheinlich unterschätzt werde, weil das Auftreten organischer Erkrankungen aufgrund des Alkoholismus ein Grund sei, der den Alkoholisi-

ker zum Aufsuchen einer Klinik veranlasse. Es wird deshalb vermutet, daß der Anteil von "Alkoholikern mit Komplikationen" an der Gesamtzahl aller Alkoholiker größer ist in der Klinik als in der Gesamtbevölkerung.

Vor allem auf SEELEYS (1959b) Kritik hin wurden eine Reihe von Änderungsvorschlägen vorgebracht. JELLINEK (1959) selbst offerierte neue Werte für K und R und schlug eine alternative Methode vor. Um die genaue Abfassung der Formel von JELLINEK hat es dann noch eine umfangreiche Diskussion gegeben (BRENNER, 1959, 1960; KELLER, 1962; POPHAM, 1970; SEELEY, 1960). Schließlich führten POPHAM und SCHMIDT (1962) eine Reihe von Minimalerfordernissen auf, um die JELLINEK'sche Methode überhaupt in einem Land zu einem Zeitpunkt durchzuführen. Dies wird dann allerdings schon so komplex, daß man die Frage stellen muß, ob sich ein solcher Aufwand überhaupt noch lohnt, oder ob dann nicht das Verfahren des direkten Case-Finding billiger und weniger aufwendig sei.

Trotz der eben beschriebenen logischen Mängel wurde eine Validierung der JELLINEK'schen Methode versucht, indem die entsprechenden Werte und Rangreihen mit anderen Indizes in Beziehung gesetzt wurden. Es wurden Korrelationen festgestellt zwischen der Leberzirrhosesterblichkeitsrate und Hospitalisierung wegen Alkoholismus (POPHAM, 1956; SCHMIDT und SMART, 1959) - wobei diese beiden Variablen sicher nicht unabhängig voneinander sind, Verurteilungen wegen Trunkenheit (BRUUN et al., 1960), Prokopfverbrauchsdaten in verschiedenen Ländern (BRESARD, 1959; SCHMIDT und ERONETTO, 1962; DeLINT und SCHMIDT, 1971) und den Ergebnissen gewisser Feldstudien (LIPSCOMB, 1966; SCHMIDT, 1969).

Die Höhe der Korrelation war in der Regel relativ eng, aber es handelt sich hier um Beziehungen zwischen Ereignissen (z.B. Leberzirrhose und Arrest wegen Trunkenheit)

und nicht zwischen Personen ("Wie häufig kommen Leberzirrhose und Arrest wegen Trunkenheit bei denselben Personen vor?"). So kann man auch keine Aussagen über Gruppen von Personen machen. Verschiedene Daten oder Häufigkeiten können gleich sein ohne in der einzelnen Person korrelieren zu müssen. Dies zeigt etwa die Untersuchung von BJURULF et al. (1971). Diese Autoren untersuchten bei 1091 autopsierten Todesfällen (70% aller Tode innerhalb von 15 Monaten in einer Stadt), wer von den Betroffenen eine Registrierung wegen Trunkenheitsdelikten oder Behandlungen aufzuweisen hatte, und wer eine Lebererhärtung hatte. Es ergab sich keine signifikante Korrelation zwischen den beiden Maßen, dagegen gab es signifikante Korrelationen zwischen den einzelnen Maßen und verschiedenen sozialen Variablen. So waren 44% von denen, die bei Unfällen ums Leben gekommen waren, und 33% derer, die Suizid begangen hatten, öffentlich wegen Trinkproblemen registriert, keiner von all diesen aber hatte eine Leberzirrhose.

Betrachtet man den Alkoholismus als ein Bündel von Problemen, so bleibt die Methode von JELLINEK als eine, mit der sich ein spezifisches Problem, nämlich das Ausmaß der alkoholbedingten Leberschäden abschätzen läßt. Nur eignet sich diese Methode nur in einer sehr beschränkten Weise zur Untersuchung des Alkoholismus im allgemeinen Sinne. Für die zahlreichen anderen Aspekte des Alkoholismus müssen andere Meßmethoden entwickelt werden, z.B. psychologische (Trinkverhalten) oder sozialpsychologische (Gruppeneinfluß zum Trinken).

### 2.2.1.3. Die Methode von LEDERMANN

Die Methode, sich an Prokopfverbrauchsdaten zu orientieren, wie sie von offiziellen Wirtschaftsstatistiken geliefert werden, geht auf LEDERMANN (1956) zurück. Auch sie war ursprünglich für die Abschätzung der Alkoholismusprobleme in Populationen vorgesehen worden. Aufgrund einer Analyse einer Vielzahl von Alkoholstatistiken und der Ergebnisse einer Reihe von direkten Untersuchungen von Trinksitten schloß LEDERMANN, daß die Verteilung des Alkoholverbrauchs in jeder Population theoretisch als logarithmische Normalverteilung beschrieben werden kann. Die Darstellung einer solchen Kurve ist in Abbildung 1 gegeben.

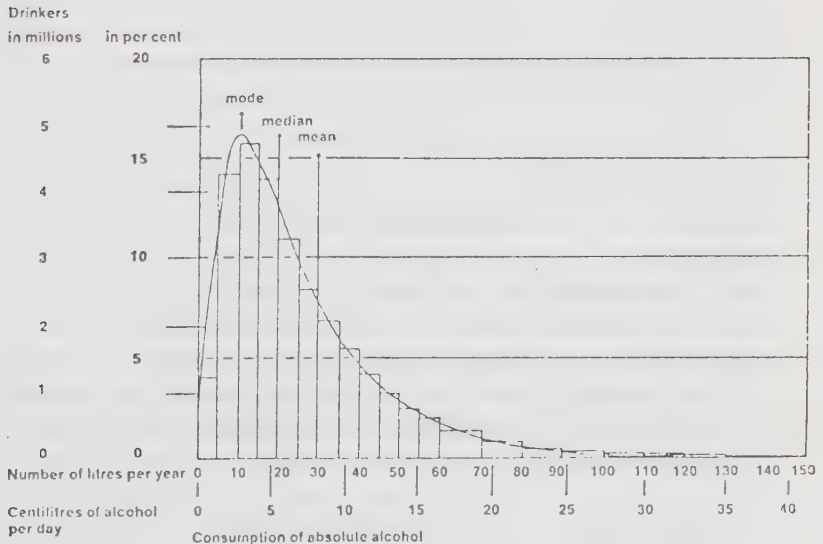


Abbildung 1: Theoretische Verteilung des Alkoholverbrauchs in Frankreich (aus POPHAM, 1970)

Sollte es sich daher empirisch verifizieren lassen, daß der Alkoholverbrauch innerhalb von großen Populationen prinzipiell dieselbe Form des Verlaufs zeigt - auch dann, wenn die Menge des Verbrauchs unterschiedlich ist - so genügt es, den Gesamtverbrauch an Alkohol eines Landes pro Jahr und die Anzahl seiner Einwohner zu wissen, um festzustellen, wieviele Personen ein gesundheitsgefährdendes Quantum trinken.

Diese indirekte Methode ist also auf einen direkten Nachweis von Gesetzmäßigkeiten angewiesen, was zum Teil allerdings schon gelungen ist. SEELEY (1960), und konsistenter noch de LINT und SCHMIDT (1971) haben auf diesen Kurvenverlauf das oben dargestellte Verbrauchs-Verteilungsmodell aufgebaut. Physiologische Untersuchungen weisen darauf hin, daß der cutting-point etwa bei 15 bis 20 Zentiliter absoluten Alkohols pro Tag liegen muß. Dieses Quantum scheint mit Sicherheit gesundheitsgefährdend zu sein. Es scheint nach Untersuchungen von de LINT und BRONETTO (1964, zitiert nach POPIAM, 1970) auch die Menge zu sein, die klinisch eingewiesene amerikanische Alkoholiker im Durchschnitt trinken.

Die Methode stößt auf Schwierigkeit bei Ländern mit einem hohen Anteil von Abstinenten, wie USA und Kanada. Prokopfverbrauchsdaten unterschätzen hier den Verbrauch derer, die trinken und daher auch den Anteil derer, die sehr viel trinken. Änderungen im Prokopfverbrauch können Änderungen der Anzahl der Trinkenden versus Abstinenten darstellen anstelle Änderungen des durchschnittlichen individuellen Alkoholverbrauchs. Daher nehmen de LINT und SCHMIDT (1971) neuerdings korrigierte Werte für die einzelnen Länder und sprechen nicht mehr von Prokopfverbrauch sondern von Protrinkerverbrauch. Außerdem stößt die Methode in den Ländern auf Schwierigkeiten, die eine hohe illegale Alkoholproduktion und illegale Einfuhren ha-

ben, wie es zum Beispiel in den skandinavischen Ländern der Fall ist.

#### 2.2.1.4. Andere indirekte Methoden

Um zu Abschätzungen aller irgendwo schon registrierten Fälle zu gelangen, werden zuweilen sogenannte "Community Reports" oder Feldstudien durchgeführt. Dieses Verfahren eignet sich aber kaum für größere Populationen wie ganze Länder. Es besteht darin, daß man möglichst viele und unterschiedliche Personen und Institutionen befragt, die auf irgendeine Art beruflich mit dem betreffenden Problem in Berührung kommen. Dies sind natürlich keine "wahren" Prävalenzdaten, sie geben aber gewöhnlich ein exakteres Bild als die Beschränkung auf Klinik- oder Institutsdaten.

Ein Beispiel hierfür ist die Untersuchung von ZAX et al. (1967) über ein Projekt in Monroe County, der eine Vielzahl von Quellen verwendete: Ärzte, Pfarrer, Kliniken und Gefängnisse.

HENSMAN et al. (1968) berichten über eine Untersuchung in England in einem Londoner Vorort: Befragung von Ärzten und Seelsorgern mittels Fragebogen per Post über die Anzahl von Alkoholikern und Problemtrinkern in den betreffenden Gemeinden. Bei den Einzelpraxen gab es eine negative Beziehung zwischen der Größe der Praxis und den berichteten Prävalenzdaten. Die Seelsorger berichteten je nach Kircheng Zugehörigkeit unterschiedliche Raten und identifizierten insgesamt nur 3.9 Alkoholiker auf je 10 von den praktischen Ärzten identifizierten.



### 2.2.2. Direkte Methoden

Direkte Methoden wollen wir solche nennen, bei denen eine Identifikation der einzelnen Personen noch möglich ist und bei denen nicht Daten verwendet wurden, die aus Statistiken, die zu anderen Zwecken erstellt wurden, stammen. Anders als bei den indirekten Methoden können hier die theoretisch interessanten Variablen, die die Verbindung zwischen epidemiologischen Daten und sozialen Strukturen bilden sollen, mit erfaßt werden. Direkte Methoden eignen sich daher eher zur Überprüfung von Theorien.

#### 2.2.2.1. Beobachtungen unter natürlichen Bedingungen

##### 2.2.2.1.1. Unstandardisierte Beobachtungen

Diese Methode ist vor allem bei den anthropologischen Feldstudien kleiner Stämme zu finden und bietet dann meist qualitative, nicht quantifizierte, nicht auf standardisiertem Wege gewonnene Einzelbefunde. Wir unterscheiden hier mit LEMERT (1968) (a) Einzelfallstudien und (b) vergleichende Analysen.

Einzelfallstudien in verschiedenen kulturellen Einbettungen sind gewöhnlich primär deskriptiv, wobei auf theoretische Belange nur sekundär oder ganz am Rande eingegangen wird. Typischerweise werden in solchen Untersuchungen Trinkmuster beschrieben, entweder rein verbal oder mit Erhebungsdaten. Es werden interne Differenzen festgehalten und bestätigende Aussagen getroffen über die Beziehungen zwischen den Trinkmustern und ausgewählten soziokulturellen Faktoren. Dies ist also eine Methode der Bestätigung, die durch Illustrationen unterstützt wird. Einige der mehr formalisierten Fallstudien versuchen Hypothesen zu testen, während andere pointierte Widerlegungen oder

Ausnahmen von verbreiteten Meinungen über das Trinken von Alkohol herauszustellen versuchen. Das vorherrschende Bedürfnis, Behauptungen zu unterstützen oder Hypothesen in Frage zu stellen, beeinflusst selektiv die Art der deskriptiven Fakten, die präsentiert werden. Es müssen aber auch einige der besser qualifizierten Untersuchungen über Trinkgewohnheiten unter diese Fallstudienklasse gerechnet werden, so die Arbeit von SNYDER (1958) über Alkohol und die Juden, die Arbeit von HEATH (1958) über Trinksitten bei den Bolivianischen Camba, ebenso wie die Darstellungen von LOLLI und seinen Mitarbeitern (1958), SADOUN et al. (1965) über das italienische und französische Trinkverhalten.

Fallstudien über das Trinken in einzelnen Kulturen sind in ihrer wissenschaftlichen Aussagekraft begrenzt, da sie über keine Kontrolldaten verfügen um ihre Hypothesen zu testen oder zu validieren. Sie können aber Behauptungen in Frage stellen oder ihre Grenzen aufzeigen. Ihr Hauptwert liegt in der Formulierung neuer Hypothesen und in der Erweiterung des Datenumfangs für vergleichende oder statistische Untersuchungen.

Echte vergleichende Analysen des Trinkverhaltens und der Trinkprobleme sind selten. Ein älterer Klassiker in dieser Kategorie ist Ruth BUNZELS (1940) Behandlung der Rolle des Alkoholismus in zwei zentralamerikanischen Kulturen. GLADS (1947) Vergleich der Trinksitten bei jüdischen und irischen Jugendlichen und Erwachsenen zählt hierher, ebenso wie die Untersuchung über Alkoholismus, Zauberei und Mord in zwei mexikanischen Gemeinden von VIQUIERA und PALERM (1954). Vergleichende Analyse, die versucht, Unterschiede im Trinkverhalten mit Faktoren in Beziehung zu setzen, die in verschiedenen oder einer Reihe von Fällen vorhanden oder nicht vorhanden sind, wird in ihrer anspruchsvollsten Form typologische Analyse. Als Pionier in dieser Richtung kann BALES (1946) gelten mit seiner

Unterscheidung zwischen dem rituell-geheiligten Trinken der Juden und dem gesellig-affektiven Trinken der Iren mit dem Untertyp des letzteren, den er utilitaristisches Trinken nennt. LEMERT (1964) hat eine dreifache Typologie vorgeschlagen, die sich in festliches Trinken, rituell diszipliniertes und säkulares Trinken gliedert, und sich auf Unterschiede bei den Trinkpraktiken bei verschiedenen Südseevölkern bezieht.

JELLINEKS (1960) Klassifikation in alpha, beta, gamma, delta und epsilon Alkoholismus entwickelte sich aus der Beobachtung kultureller Unterschiede in den Manifestationen pathologischen Trinkens in Frankreich und in den USA.

Vergleichende Analysen stellen einen großen Schritt von Einzelfallstudien in Richtung wissenschaftlicher Validierung dar. Sie stehen zwischen dem heuristischen Wert bestätigender Illustrationen und der objektiven Analyse, die durch geplante Testverfahren der Statistik möglich wird. Allerdings fehlen auch der vergleichenden Analyse Kontrolldaten. Sie ist auch unpräzise und nicht objektiv, wenn die Trinkdaten in bestimmte Typen passen sollen. Sie zwingt jedoch den Forscher, Variablen, mit denen er arbeitet, zu isolieren, präzisiert die Beschreibung und kann für beschränkte Zwecke nützliche Erklärungen bieten.

#### 2.2.2.1.2. Standardisierte Beobachtungen

Solche Untersuchungen über Trinkverhalten bei verschiedenen Völkern oder gesellschaftlichen Untergruppen existieren praktisch nicht. Eine der wenigen Ausnahmen bildet OSSENBERG (1969), der Sozialverhalten, Geräuschpegel usw. in Lokalen verschiedener Schichten in Kanada registrierte.

De LINT und SCHMIDT (1968) führten in Ontario eine Analyse des Kaufs von alkoholischen Getränken durch. Dies ist allerdings eine Methode, die in den wenigsten Staaten durchführbar erscheint. In Ontario bestand nämlich die Vorschrift, bei jedem Kauf von Alkohol ein spezielles Formular mit Namen und Anschrift auszufüllen, so daß man durch Sichtung solcher Formulare feststellen konnte, wer wieviel Alkohol in welcher Zeit gekauft hat. Bei direkten Beobachtungen in den Verkaufsstellen ließen sich außerdem pathologische Trinker aufgrund bestimmter Verhaltensweisen identifizieren, z.B. Kaufen kurz nach Öffnung der Verkaufsstelle, Bevorzugung der billigsten Getränke.

Von solchen wenigen Ausnahmen abgesehen existieren an direkten, standardisierten und quantifizierbaren Untersuchungen von Trinkverhalten und Trinkproblemen bis jetzt nur mehr oder weniger repräsentative Befragungen in einzelnen Ländern oder Städten.

#### 2.2.2.2. Beobachtungen unter experimentellen Bedingungen

Experimente wurden bisher vor allem eingesetzt, um die akute Alkoholwirkung zu untersuchen, wobei meist "Normalpersonen" einzeln kurzfristig im Labor unter Alkoholgaben geringer Quantität gesetzt wurden. Diese Art von Experimenten zeichnet sich in Bezug auf die Phänomene Alkoholkonsum und Alkoholismus durch eine bemerkenswerte Lebensfremdheit aus. Das heißt, ob das, was hier im Labor untersucht und produziert wurde, irgend etwas mit dem Gemeinten außerhalb des Labors zu tun hat, ist sehr ungewiß. Bereits 1952 versuchte CLARK diesem Übelstand abzuhelpfen, indem er experimentelle Cocktailparties mit Studenten veranstaltete. Nun ist das, was bei solchen

kurzfristigen, einmaligen, ungesteuerten Veranstaltungen geschieht aber derart vielen momentanen und situativen Einflüssen unterlegen, daß solcher Art von natürlichem setting zum Zufallsgenerator wird, und die Verallgemeinerungsfähigkeit solcher experimenteller Ergebnisse als sehr gering veranschlagt werden muß.

Erst ab 1964 findet sich ein lebensnäherer und doch gut kontrollierter Typ von Experiment (MENDELSON et al. 1964), der wahrscheinlich für den gemeinten Untersuchungsgegenstand die größte Relevanz aufweist. Er unterscheidet sich von den erstgenannten in folgenden Punkten:

1. Als Vpn werden diagnostizierte Alkoholiker untersucht (z.T. mit Normalpersonen als Kontrollgruppe).
2. Sie sind auf eine bedeutend längere Zeitspanne angelegt (bis zu 30 Tagen).
3. Die Untersuchungen finden nicht im Labor statt, sondern auf einer speziellen Klinikstation, auf der man quasi-natürliche Bedingungen herzustellen versucht.
4. Die Versuche finden nicht mit vereinzelt Vpn sondern mit mehreren Vpn gleichzeitig statt. Zum Teil ist der Faktor der sozialen Interaktion durch V1 und/oder Vp manipulierbar.
5. Durch operante Versuchspläne machen sie nicht nur die Reaktionen sondern auch den "spontanen" Einsatz der Vp, oder jedenfalls einen Teil des spontanen Verhaltens, beobachtbar.
6. Sie untersuchen gleichzeitig eine Reihe von Variablen und deren Interdependenz.

Insgesamt ist diese Art von Experimenten (die ausführlicher mit Ergebnissen im empirischen Teil geschildert werden) sicher das bisher genaueste und kreativste Instrument, während der zuerst erwähnte Typ wegen der individuellen Differenzen, der sozialen Bedingtheit, der zeitlichen und situativen Spezifität, für die hier interessierenden Fragen kaum von Belang ist.

Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren wird allerdings der zuletzt geschilderte Typ von Experiment eine sehr aufwendige Angelegenheit, besonders da man ihn außerdem noch mit sehr unterschiedlichen Vpn (mit unterschiedlicher Trinkvorgeschichte) durchführen müßte. Er ist daher als optimales Instrument erst in sehr fortgeschrittenem Forschungsstadium mit genau präzierten Hypothesen anzusehen. Was generell nicht im Experiment erfaßbar ist - auch nicht in dieser Art - sind die Alkoholprobleme. Auch in den langfristigen Experimenten können nur relativ kurzfristige passagere Alkoholprobleme erzeugt werden. Es läßt sich also z.B. zwar ein Kater, nicht aber eine zerrüttete Ehe oder soziale Stigmatisierung produzieren. Zur Untersuchung dieser Fragen sind Experimente allein unbrauchbar.

#### 2.2.2.3. Projektive Techniken

Sogenannte projektive Verfahren wurden sehr häufig bei Persönlichkeitsuntersudungen an Alkoholikern eingesetzt, auf dem uns speziell interessierenden Gebiet aber nur selten.

Am ehesten wurden sie noch zur Feststellung von Alkoholreaktionen verwendet, von denen man annahm, daß ihre Äußerung einer starken Tabuisierung unterliege, so z.B. Ansteigen des sexuellen Interesses oder der aggressiven Spannung unter Alkohol (CLARK 1952, CLARK und SENSIBAR 1955, KALIN 1964, KALIN et al. 1965, McCLELLAND 1970). Meist wurden TAT-Versionen verwendet. So verwendeten MADDOK und ALLEN (1961) z.B. TAT-Bilder mit der Instruktion, daß die Vpn sich vorstellen sollten, daß alle Tafeln direkt oder indirekt den Gebrauch von Alkohol involvierten.



Auch für solche Modifikationen, die die Produktionen der Vp stärker auf einen bestimmten Verhaltensbereich ausrichten als die normale Version es tut, gelten noch, wenn auch in abgeschwächter Form die üblichen Einwände gegen projektive Techniken: Durch ihren hohen Abstraktionsgrad vom tatsächlichen Verhalten und ihre große Freiheit in der Beantwortung, ist kaum Einigkeit darüber zu erzielen, was sie messen, und wie reliabel sie das tun.

Eine noch strukturiertere Form von projektiver Technik verwendeten ENCEL et al. 1971 bei ihrer Befragung in Australien. Sie legten innerhalb des standardisierten Interviews fünf Bilder vor, von denen jedes eine andere Trinksituation zeigte und forderten zur Meinungsabgabe auf. Ein Vorgehen dieser Art ist sicher im Stadium der Materialsammlung und Hypothesenbildung sinnvoll, ja als freie Form in diesem Stadium der festgefügtten Experimental- oder Befragungsform vorzuziehen. Insgesamt aber eignen sich solche "offenen" Vorgehensweisen, bei denen nachträglich Kategorien gebildet werden müssen, eher für kleine Stichproben in Vorversuchen. Bei größeren Populationen kommt man, da die inhaltliche Vielfalt nicht durch vorstrukturierende Fragen eingeengt ist, in ein Auswertungsdilemma. Das Verfahren wird dann nämlich ungeheuer aufwendig, und die Ergebnisse stark vom jeweiligen Auswerter abhängig.

#### 2.2.2.4. Befragungen

##### 2.2.2.4.1. Generelle und spezifische Probleme dieser Methode

Systematische Befragungen sind das einzige Instrument, mit dem sich alle von uns angezielten Variablen (i.e. Höhe des Alkoholkonsums, Trinkprobleme und Trinkverhaltensweisen

i.w.S.) gleichzeitig erfassen lassen. Sie wurden bis jetzt vor allem bei Umfragen in der allgemeinen Bevölkerung eingesetzt, lassen sich aber ebenso einfach bei "Alkoholikern" anwenden. Die systematische Befragung ist zur Zeit sicher die Methode, die relativ objektivste Auskunft gibt über Trinkverhalten und Trinkprobleme in verschiedenen Gesellschaften und Gesellschaftsgruppen, weil die benutzten Populationen am wenigsten vorselektiert sind und quantitative Aussagen geliefert werden, die prinzipiell besser vergleichbar sind als die qualitativen aus Beobachtungen. Sie weisen allerdings von Erhebungen zu anderen Themen wohlbekannte Mängel auf, z.B. die Schwierigkeit festzustellen, welche Bedeutung die Befragten den Fragen geben und welchen Effekt die Interview-Interaktion auf die Antworten hat. So fanden MULFORD und MILLER (1963) und COSPER (1969) signifikante Unterschiede bei der Beantwortung eines Trinkfragebogens je nach der Einstellung des Interviewers gegenüber dem Trinken.

Abgesehen von solchen allgemeinen Problemen scheint es zudem gerade auf dem Gebiet des Alkohols und des Alkoholismus besonders schwierig, valide Informationen zu erhalten. Das Thema ist nämlich in einzelnen Populationen stark emotional belastet, sodaß die Antworten teilweise in Richtung sozialer Erwünschtheit verzerrt sind (HABERMANN 1963, 1970). Von klinischer Seite wurde immer wieder auf eine besondere Unaufrichtigkeit gerade der Alkoholiker hingewiesen.

Zum andern entziehen sich wichtige Trinkverhaltensparameter der ungerichteten untrainierten Selbstbeobachtung (z.B. die Schluckgröße oder die Verlaufskurve der Blutalkoholkonzentration). Dies sind aber Faktoren, die nach neueren Untersuchungen zwischen Alkoholikern und Normaltrinkern zu diskriminieren scheinen (SCHAEFER et al. 1971, NATHAN und O'BRIEN 1971, SOBELL et al. 1972).

Außerdem kommt es bei der Selbstbeurteilung des eigenen Trinkens und Verhaltens unter Alkohol noch zu alkohol-induzierten Schwierigkeiten. Nach neueren experimentellen Studien scheint nämlich eine spezifische akute Wirkung des Alkohols in der Beeinflussung des Kurzzeitgedächtnisses zu liegen (CARPENTER und ROSS, 1965; GOODWIN, 1969; RYBACK et al., 1970). Es ist deshalb schwierig, gerade das eigene Trinkverhalten im Nachhinein einigermaßen objektiv zu bewerten. Systematische Beobachtungen von Alkoholikern weisen jedenfalls darauf hin, daß bei ihnen große Diskrepanzen zwischen den nachträglichen Selbstbeschreibungen ihres Verhaltens und Fremdbeobachtungen bestehen (TAMERIN et al., 1970; McNAMEE et al., 1968). Wir wissen bis jetzt nicht, in welchem Umfang das auch für Normaltrinker zutrifft. Eine Untersuchung zur Validität einer Befragung in Finnland (MÄKÄLA, 1971) erbrachte eine Abhängigkeit der Vergessenshäufigkeit von Trinkgelegenheiten und von der Trinkhäufigkeit. Außer bei solchen, die nur einige Male im Monat tranken, nahm die Vergessenshäufigkeit mit abnehmender Trinkhäufigkeit zu. Insgesamt stimmten die Befragungsdaten schlecht mit den Verlaufsdaten überein.

Ebenso fraglich ist die Reliabilität solcher Befragungsergebnisse. Bei Überprüfung ergab sich häufig eine geringe Übereinstimmung zwischen Selbst- und Fremdbefragungen (YOUNG, 1966; GOLDSTEIN, 1966) und ebenfalls geringe Übereinstimmungen bei Befragungswiederholungen (ALEXANDER und BRIGHT, 1965; BAILEY et al., 1966).

Es fragt sich allerdings, ob beim gegenwärtigen Stand der Forschung bereits Ergebnisse benötigt werden, die derart überprüft und abgesichert sind, ob wir nicht vielmehr noch in der Phase der Hypothesenbildung, der Materialsammlung und -strukturierung uns befinden, wozu solche Befragungen sicher die ökonomischsten Methoden sind.

#### 2.2.2.4.2. Skalen zur Erfassung der Höhe des Alkoholkonsums

Das einfachste und am leichtesten quantifizierbare Kriterium zur Erfassung des Trinkverhaltens und des Alkoholismus scheint die Feststellung des Ausmaßes des Alkoholkonsums zu sein. Es wurden daher auch in praktisch allen Erhebungen Angaben über das Trinkvolumen gesammelt. Wir geben im folgenden jedoch einen kurzen Überblick über einige neuere Bevölkerungsbefragungen, an dem die Schwierigkeit der Vergleichbarkeit der so gewonnenen Daten, selbst bei solch einfachen Parametern, deutlich werden soll.

Die Höhe des Alkoholkonsums zerfällt in mindestens zwei Parameter: Frequenz und Quantität pro Gelegenheit. CAHALAN et al. (1969) unternahmen in den USA die Befragung einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 2746 Personen des ganzen Landes mittels eines standardisierten Fragebogens. Sie verwendeten einen kombinierten Quantitäts-Frequenz-Index, eine Weiterentwicklung der Indizes von STRAUS und BACON (1953), MULFORD und MILLER (1960), MAXWELL (1952) und KNUPFER (1966) zur Klassifizierung der Befragten. Dieser Index bestand aus einer Kombination der folgenden Parameter: Quantität des bei einer Gelegenheit konsumierten Getränks, was getrennt für Wein, Bier und Spirituosen gemessen wurde, wie oft er von dem jeweiligen Getränk 5 oder 6, 3 oder 4, 1 oder 2 Gläser getrunken hatte. Frequenz, mit der jede dieser drei Getränkearten gewöhnlich getrunken wurde. Variabilität des Trinkens, wobei die gewöhnlich getrunkene Menge mit der höchsten, wenigstens gelegentlich getrunkenen Menge kombiniert wurde.

Es wurden zunächst 11 Klassen gebildet und zwar durch eine Kombination der Quantitäts- und Variabilitätsmasse

(also der mittleren und der maximalen Quantität). Durch Kombination mit den Frequenzmassen wurde dann eine fünf-stufige Unterteilung vom starken Trinker bis zum Abstinenzler vorgenommen.

Die ersten drei Klassen umfassen dabei jeweils Leute mit sehr unterschiedlichen Trinkgewohnheiten. So umfaßt die Klasse der "starken Trinker" sowohl Personen, die angaben, zwei- oder dreimal am Tag ein bis sechs Gläser zu trinken, als solche, die angaben, zwei- oder dreimal im Monat fünf oder sechs Gläser zu trinken. Massiertes starkes und ständiges leichtes Trinken geraten in eine Rubrik.

Es ist dadurch zwar möglich, sehr viele Informationen in sehr wenigen Klassifikationen unterzubringen und handhabbar zu machen, andererseits haben die so gebildeten Klassifizierungen sehr uneinheitliche Inhalte, und es kommt zu einem Informationsverlust. CANALAN und CISIN (1968) haben in einer anderen Arbeit einen neuen Index entwickelt, der diese Mängel reduziert und in die Gruppe der starken Trinker zum Beispiel nur noch Personen mit hohem Trinkvolumen und gleichzeitig hoher Maximal-Quantität gelangen.

ENCEL et al. (1972) unternahmen in Australien eine standardisierte Befragung einer stratifizierten Zufallsstichprobe in Sidney. Es wurden insgesamt Personen aus 1000 Haushalten befragt, wobei je fünf Haushalte zu einer Unterstichprobe zusammengeschlossen wurden. Die ganze Region wurde in 20 Zonen unterteilt, jede Zone umfaßte 11 Unterstichproben. Die Ausfallsrate betrug 18,7%; es nahmen also 820 Personen an der Befragung teil. Auch hier wurde ein kombiniertes Quantitäts-Frequenz-Maß gebildet. Dabei bleibt aber in den Kategorien mit mittlerer und geringer Quantität eine Unterteilung in verschiedene Frequenzklassen bestehen.

Die Autoren kommen auf diese Weise zu einer Unterteilung in sechs Klassen des Ausmaßes des Alkoholkonsums. Die Uneinheitlichkeit des Erfaßten ist dabei nur noch in der Kategorie "starke Trinker" gegeben, während sie in den anderen weitgehend aufgelöst ist (z.B. findet sich eine Unterteilung in mäßig/frequente und mäßig/infrequente Trinker).

EDWARDS et al. (1972) aus England berichten über eine standardisierte Befragung von 928 Personen über 18 Jahren in 555 Haushalten, die mit einer Ausfallrate von 11% in einem Londoner Stadtteil durchgeführt wurde. Es wurden sechs große bebaute Grundstücke ausgewählt, deren Bewohner nach lokaler Information und nach den Vermögenssteuerangaben sozioökonomisch breit streuten. Die Auswahl der Probanden richtete sich nach der Repräsentation unterschiedlicher Vermögenssteuergruppen. Zur Quantifizierung und Kategorisierung des Trinkverhaltens wurde ein einfacher Quantitätsfrequenzindex verwendet. Die Frequenz erstreckte sich auf acht Kategorien, angefangen vom täglichen Trinken bis zur Abstinenz für das letzte Jahr. Die Quantität wurde hier als die Menge definiert, die gewöhnlich maximal bei einer Gelegenheit getrunken wird. Es wurde eine grobe Umrechnung der einzelnen Getränke je nach Alkoholgehalt in "Biereinheiten" vorgenommen. Dabei wurden die folgenden sechs Quantitätskategorien gebildet: 1. Abstinente, 2. Gelegentliche Trinker, 3. Infrequent-leichte Trinker, 4. Frequent-leichte Trinker, 5. Mäßige Trinker, 6. Schwere Trinker.

WALLACE (1972) führte in Norwegen eine standardisierte Befragung von 3964 Personen durch, die eine nach sozioökonomischen Faktoren repräsentative Stichprobe der norwegischen Bevölkerung darstellten. Hierbei wurde die folgende einfache Quantitätsunterteilung vorgenommen: Abstinenz (überhaupt kein Trinken im vergangenen Jahr) und



Trinken irgendeiner Quantität innerhalb eines Jahres. Die Frequenz wurde dann wie folgt unterteilt: Neun Klassen von "einmal im Jahr" bis "mindestens dreimal die Woche" (Genaueres nicht angegeben). Teilweise wurde auch eine Unterteilung in "regelmäßige" (mindestens einmal die Woche) und "weniger regelmäßige" Trinker und Abstinenzler vorgenommen.

In der BRD befragte WIESER (1968) in standardisierter Form eine Stichprobe von 408 Personen, die über 14 Jahre alt und repräsentativ für die Bremer Bevölkerung war. Die Trinkfrequenz wurde in einer vierstufigen Skala erfaßt: (1) Fast täglich, (2) ein- bis zweimal in der Woche, (3) ein- bis zweimal im Monat, (4) ein- bis zweimal im Vierteljahr oder noch seltener. Es wurde keine Befragung zur Quantität vorgenommen, bis auf die Frage, ob man es gern zu einem kleinen Schwips oder zu einem Rausch kommen lasse. Die Quantität wurde stattdessen mittels der LEDERMANN-Formel geschätzt.

Relativ leicht lassen sich die verschiedenen Untersuchungen hinsichtlich der Proportionen Trinker-Nichttrinker vergleichen, obgleich auch hier schon die Grenze unterschiedlich angesetzt wird, so daß bei manchen Untersuchungen die gleichen Personen noch in die unterste Kategorie fielen, die bei anderen schon in die zweitunterste fallen. Dieses einfachste Kriterium (ob überhaupt Alkohol getrunken wird) wird aber innerhalb von Gesellschaften, wo es praktisch keine Nichttrinker gibt, schon sinnlos. Immerhin läßt sich feststellen, daß z.B. in den Vereinigten Staaten ein weitaus höherer Bevölkerungsanteil alkoholabstinent lebt als beispielsweise in Deutschland. Je weiter man in diesen Kategorien des Trinkvorkommens hinaufgeht, desto schwieriger wird ein Vergleich zwischen den einzelnen Untersuchungen, da nur die Erfassung von mindestens zwei Parametern möglich ist (Quantität und

Frequenz), die unterschiedlich berücksichtigt, konstruiert und gewichtet werden können mit mehr unterschiedlichen cutting points zwischen den einzelnen Kategorien, unterschiedlicher Anzahl von Kategorien und unterschiedlich genauen Alkoholeinheiten. Man kann anhand solcherart erhobener Daten nicht mehr zu Aussagen gelangen wie z.B.: Die deutsche Bevölkerung hat einen um so und so viel höheren Prozentsatz an starken Trinkern als die amerikanische; vielmehr ist man auf Vermutungen und auf das Über-den-Daumen-peilen angewiesen.

#### 2.2.2.4.3. Skalen zur Erfassung von Trinkproblemen

Zur Erfassung von Trinkproblemen wurden in Erhebungen verschiedener Art häufig Skalen eines bestimmten Formats in wechselnd abgewandelter Form verwendet. Hierzu rechnen die Skalen des problematischen Trinkens ("Präökkupation mit Alkohol"), die auf Jellinke's Phasenlehre des Alkoholismus zurückgehen (JELLINEK, 1952) und von TRICE und WAHL (1958), JACKSON (1957; 1958), JACKSON und CONNOR (1954) überprüft und weiterentwickelt wurden. Wir bringen als Beispiel die von MULFORD und MILLER (1960, S. 281) verwendete Skala in deutscher Übersetzung. Sie gliedert sich in vier Teile, wie folgt:

- (a) Ich bleibe mehrere Tage hintereinander angetrunken.  
Ich habe Sorge, nichts zu trinken zu bekommen, wenn ich etwas brauche.  
Ich trinke heimlich, wenn niemand hinschaut.
- (b) Wenn ich zu trinken anfangе, ist es schwierig für mich aufzuhören, bevor ich ganz betrunken bin.  
Ich bin auch an Arbeitstagen angetrunken.  
Alkohol trinken ist das erste, was ich morgens tue.

- (c) Wenn ich am nächsten Tag aufwache, kann ich mich nicht an manche Dinge erinnern, die ich während des Trinkens getan habe.

Ich nehme schnell ein paar Gläschen zu mir, bevor ich zu einer Einladung gehe um sicher zu sein, daß ich genug habe.

Ich vernachlässige meine regelmäßigen Mahlzeiten, wenn ich trinke.

- (d) Ich genieße das Trinken nicht sehr, ich schütte alles sehr schnell herunter.

Ich trinke wegen des Alkoholeffekts, ohne besonders auf die Art oder die Marke des Getränks zu achten.

Alkohol hat heute weniger Wirkung auf mich als früher.

Wie man sieht, enthalten solche Skalen eine Mischung von Trinkverhaltensweisen, die wegen ihrer Dauer oder besonderen zeitlichen, örtlichen und sozialen Umstände auffällig sind, Trinkbegleitumständen, Motivationen und Problemen des physiologischen Alkoholismus.

Die Skalen zur Erfassung von Trinkproblemen sind sehr unterschiedlich im Hinblick auf Umfang und Präzision. Am bekanntesten und in vielen Variationen verwendet wurde die "problem-drinking" Skala von PARK (1958), die er aufgrund von Daten der Untersuchung von STRAUS und BACON (1953) entwickelte und die von WILLIAMS (1967) partiell validiert wurde. Neuere Untersuchungen (ORFORD und POSTOYAN, 1970) sprechen dafür, daß Skalen dieser Art mehr die Stärke des "concern over drinking" als die Anzahl der Probleme messen. Sie sind daher also eher unter die vorher erwähnten Fragebogen zu rechnen, da es sich mehr um Ein-Personen-Probleme handelt.

Es wurden aber auch Skalen entwickelt, die zwar auch zum Teil Items aus den eben dargestellten Präokkupationsskalen, etwa als Abhängigkeits- oder Gesundheitsprobleme erfragen, zusätzlich aber zwischenmenschliche Probleme wie Unannehmlichkeiten mit dem Ehepartner, Fremden, Familien-

angehörigen wegen des Trinkens, und soziale wie Unannehmlichkeiten mit der Polizei, in der Arbeit und Klinikweisung. Sie sind zum Teil sehr offen und verschwommen formuliert ("Hatten Sie wegen Ihres Trinkens Unannehmlichkeiten mit ...") (z.B. MULFORD und MILLER, 1960), zum Teil qualitativ, quantitativ und zeitlich präziser.

Als die präzisesten Trinkproblemskalen dürfen die aus der amerikanischen Repräsentativbefragung von CAHALAN (1970) und die aus der englischen Untersuchung (EDWARDS et al. 1972) bezeichnet werden. Dabei enthält allerdings die Skala von CAHALAN neben exakten Fragen zu den eben beschriebenen Problembereichen auch noch Fragen zum "symptomatischen Trinken" und zu Alkoholmotivationen (die für sich ja keine Probleme darstellen), während die englische Skala speziell auf die Erfassung von 25 exakt formulierten Trinkprobleme ausgerichtet ist. Als Beispiele hierfür seien genannt: "Hatten Sie je finanzielle Probleme aufgrund des Trinkens?", "Sind Sie je wegen eines Katers zu spät zur Arbeit gekommen?". Alle Problemfragen waren anhand einer vierstufigen Skala zu beantworten.

#### 2.2.2.4.4. Skalen zur Erfassung der unmittelbaren Kovariablen

Die hier eingesetzten Items und Skalen sind im wesentlichen die gleichen wie auf anderen Gebieten. Meist wurden nur sporadisch und unsystematisch Fragen gestellt. Bei Fragen nach dem Trinkverhalten überwiegen Items mit Häufigkeitskategorien.

Die Einstellungen wurde meist anhand einfacher Fragen oder Statements gemessen, für die Entscheidung zwischen Zustimmung und Ablehnung verlangt wird. KNUPFER und ROOM

(1967) verwendeten z.B. in ihrer Erhebung bei Iren, Juden und Protestanten innerhalb Amerikas sechs Wahr-Falsch-Items über Einstellungen zur Trunkenheit wie "Die meisten Betrunkenen sind vollständig harmlos, man braucht nichts von ihnen zu fürchten." Inhaltlich ist das Gebiet wenig durchstrukturiert. Bis jetzt gibt es kaum Untersuchungen, die mehr als die Dimension Positivität oder Negativität von Einstellungen messen. Eine Ausnahme bildet die folgende Arbeit.

ORFORD und POSTOYAN (1970) legten 1907 Londoner Studenten von 17 bis 19 Jahren ein semantisches Differential "Alkohol ist für mich..." mit 16 Adjektiv-Polaritäten vor und führten anschließend eine Faktorenanalyse durch. Sie fanden drei Faktoren, die einen Zusammenhang mit Konsumvolumen und Trinkproblemen aufwiesen: einen Bewertungsfaktor, einen Wichtigkeitsfaktor und einen Wirkungsstärkefaktor.

Werden Einstellungsfragen meist als allgemeine Statements formuliert, bei denen man den Grad der eigenen Zustimmung oder Ablehnung angeben kann, werden die Statements für Alkoholmotivationen gewöhnlich so formuliert, daß der Betreffende sie als persönliche Stellungnahme über sich abgibt (siehe MULFORD und MILLER, 1960, zur Diskussion des Problems). Die Items beginnen gewöhnlich mit Formulierungen wie "ich trinke Alkohol, weil ...".

## 2.3. Empirische Ergebnisse

Bevor ich mich der Darstellung der Ergebnisse der eigenen Untersuchung zuwende, gebe ich im folgenden eine Zusammenfassung über das bereits vorliegende empirische Material, das zum Vergleich der eigenen Ergebnisse herangezogen werden kann. Es wird dabei sowohl sichtbar, was bereits vorliegt, als auch wo Lücken bestehen, wo sich also die Theorien im mehr oder weniger luftleeren Raum befinden.

Ich werde zunächst die Ergebnisse zu den oben herausgearbeiteten Kriterien des problematischen Alkoholkonsums darstellen und mich dann den einzelnen Kovariablen zuwenden, wobei bevorzugt solche Untersuchungen referiert werden sollen, bei denen die Kovariablen nicht nur rein deskriptiv erfaßt sind, sondern ein Zusammenhang zum problematischen Trinken herzustellen versucht wurde.

Anstatt die empirischen Belege für die einzelnen Theorien darzustellen, hielt ich es für ökonomischer und übersichtlicher, die Ergebnisse stattdessen nach den einzelnen zentralen Variablen zu ordnen, die in den Theorien vorkommen, da sich die einzelnen Theorien häufig überschneiden, die Variablen, auf die sich die Theorien beziehen, sich jedoch relativ leicht isolieren lassen.

### 2.3.1. Art und Ausmaß von problematischem Alkoholkonsum

#### 2.3.1.1. Höhe des Alkoholkonsums

Da die Frequenz- und Quantitätsdarstellungen aus den einzelnen Ländern wohl kaum von Interesse sind, und da außerdem - wie wir im methodischen Teil gesehen haben - vergleichende Gegenüberstellungen auf dieser Basis praktisch unmöglich sind, beschränken wir uns hier im wesentlichen auf die - wenn auch spärlichen - Ergebnisse aus der Bundes-



republik Deutschland und geben eine internationale Übersicht wieder.

Über die Höhe des Alkoholkonsums in der BRD liegen insgesamt drei direkte Untersuchungen vor: eine Untersuchung von GRÜNTZIG et al. (1970) bei 40- bis 50-jährigen Beschäftigten der Städtischen Betriebe Heidelbergs, eine Repräsentativbefragung von WIESER (1968) an der erwachsenen Bevölkerung Bremens, eine Repräsentativbefragung ebenfalls von WIESER (1973) über die erwachsene Bevölkerung in der BRD.

Von der Heidelberger Stichprobe gaben 66% an, täglich zu trinken, 6,7% waren unter die Nichttrinker zu rechnen. Es wurden im Durchschnitt 252,8 Gramm absoluter Alkohol pro Woche getrunken. Außer einigen medizinischen Daten wurden in dieser Untersuchung übrigens keine Alkoholprobleme erfaßt.

Aus der Untersuchung in Bremen (1968) geht hervor, daß von der Bevölkerung dort 24% täglich trinken, 37% ein- bis zweimal wöchentlich, 18% ein- bis zweimal im Monat, 20% ein- bis zweimal im Quartal oder seltener. Über Quantität und Vorkommen von Trinkproblemen wurden leider auch hier keine Fragen gestellt.

Die nachfolgende Tabelle 1 wurde aus den Werten bei WIESER (1973) über die Befragung in der BRD zusammengestellt. Auch in dieser Untersuchung wurde lediglich die Frequenz erfaßt, hier aber getrennt für die einzelnen Getränke.

Wie man sieht, ist nach dieser Tabelle Bier das bei weitem am häufigsten getrunkene Getränk. Es ergeben sich jedoch nach WIESER größere regionale Unterschiede vor allem für den Bier- und Weinkonsum, während der Spirituosenkonsum sich in dieser Beziehung recht konstant verhält.

Tab. 1: Frequenz des Alkoholkonsums in der BRD  
(nach WIESER 1973)

| Frequenz                     | Bier<br>% | Wein<br>% | Spirituosen<br>% |
|------------------------------|-----------|-----------|------------------|
| jeden Tag mehr als einmal    | 4         | 1         | 1                |
| jeden Tag einmal             | 10        | 2         | 3                |
| nicht ganz jeden Tag         | 10        | 4         | 4                |
| etwa drei- bis viermal/Woche | 12        | 5         | 5                |
| etwa ein- bis zweimal/Woche  | 22        | 13        | 15               |
| zwei- bis dreimal im Monat   | 10        | 25        | 20               |
| einmal im Monat              | 8         | 21        | 21               |
| ein- bis zweimal im Jahr     | 6         | 14        | 12               |
| seltener als einmal im Jahr  | 5         | 6         | 6                |
| nie getrunken                | 12        | 7         | 12               |
| keine Erinnerung mehr        | 1         | 2         | 1                |

(Angaben in Prozent der Probanden, die die betreffende Häufigkeitskategorie angaben, n = 616)

Zum Vergleich und zur besseren Einordnung der eben aufgeführten Daten zur Konsumhöhe geben wir im folgenden die Übersetzung einer Tabelle aus De LINT und SCHMIDT (1971) wieder. Sie enthält mit indirekten Methoden gewonnene Vergleichsdaten aus verschiedenen Ländern und zwar über Konsumhöhe pro Trinkendem, über die anhand der LEDERMANNschen Formel geschätzten Raten exzessiver Trinker und zusätzlich über die Leberzirrhose-Todesraten.

Tab. 2: Jährlicher Konsum pro Trinkendem in Litern absoluten Alkohols, geschätzte Raten von Trinkern mit einer Konsumhöhe von über 15 cl absoluten Alkohols täglich, Leberzirrhose-Todesraten

| Land            | Konsum pro<br>Trinkendem<br>(1966 oder<br>1967) | Geschätzte Rate<br>exzessiver Trin-<br>ker auf 100 000<br>Personen ab 15<br>Jahre | Rate der Todes-<br>fälle an Leber-<br>zirrhose, auf<br>100 000 Personen<br>ab 15 Jahre<br>(1963, 1964<br>oder 1965) |
|-----------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Frankreich      | 25,9                                            | 9405                                                                              | 45,3                                                                                                                |
| Italien         | 20,0                                            | 5877                                                                              | 27,3                                                                                                                |
| Portugal        | 19,5                                            | 5652                                                                              | 42,7                                                                                                                |
| Spanien         | 17,1                                            | 4635                                                                              | 24,3                                                                                                                |
| Österreich      | 16,0                                            | 4212                                                                              | 35,0                                                                                                                |
| BRD u. W.Berlin | 16,0                                            | 3978                                                                              | 26,7                                                                                                                |
| Schweiz         | 15,8                                            | 3901                                                                              | 19,7                                                                                                                |
| Luxemburg       | 12,5                                            | 2988                                                                              | 34,2                                                                                                                |
| Ungarn          | 12,4                                            | 2952                                                                              | 12,9                                                                                                                |
| USA             | 12,0                                            | 2198                                                                              | 18,4                                                                                                                |
| CSSR            | 11,4                                            | 2655                                                                              | 13,1                                                                                                                |
| Canada          | 11,1                                            | 2272                                                                              | 10,0                                                                                                                |
| Großbritannien  | 10,9                                            | 1946                                                                              | 3,7                                                                                                                 |
| Irland          | 10,9                                            | 1946                                                                              | 4,5                                                                                                                 |
| Dänemark        | 9,4                                             | 1848                                                                              | 10,2                                                                                                                |
| Belgien         | 9,3                                             | 2052                                                                              | 12,9                                                                                                                |
| Polen           | 9,0                                             | 1752                                                                              | 8,6                                                                                                                 |
| Schweden        | 8,4                                             | 1515                                                                              | 7,9                                                                                                                 |
| Niederlande     | 7,7                                             | 1456                                                                              | 4,9                                                                                                                 |
| Finnland        | 5,9                                             | 945                                                                               | 4,6                                                                                                                 |
| Norwegen        | 5,9                                             | 945                                                                               | 4,7                                                                                                                 |

Wie man sieht, hat der Deutsche mit 16 Litern absolutem Alkohol pro Jahr pro Trinkendem (und es gibt nur sehr wenige Abstinente) einen ganz erheblichen Konsum aufzuweisen und wird darin nur noch von den weinproduzierenden Ländern Frankreich, Italien, Portugal und Spanien übertroffen.

Wenn hier auch auf weitere Vergleichsdaten verzichtet wird, sollte doch noch nachdrücklich auf den Umstand hingewiesen werden, daß in den USA nach übereinstimmenden Ergebnissen ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung total abstinent ist. Dieser Hinweis scheint deshalb so wichtig, da die meisten in dieser Arbeit referierten Untersuchungen aus den USA oder Kanada stammen, hier aber ganz andere Maßstäbe zu herrschen scheinen. Wer in den amerikanischen Untersuchungen als Alkoholiker bezeichnet wird, würde wohl in sehr vielen Fällen sich in der BRD noch keineswegs dieses Etikett zuziehen.

#### 2.3.1.2. Trinkprobleme

Um einen Eindruck zu vermitteln, worum es sich bei den Alkoholproblemen handelt, die in der Definition des Alkoholismus bzw. in der des problematischen Trinkens erwähnt sind, und welches Ausmaß sie haben, führe ich im folgenden die Hauptprobleme auf und lasse beispielhaft einige Daten über ihre Auftretenshäufigkeit folgen. Detailliertere Daten finden sich bei POHL (1973).

Was sich bei der Untersuchung von Individuen als Problem aufgrund von Alkoholaufnahme feststellen läßt, läßt sich zu einem Großteil auch in großen Populationen oder gesamtgesellschaftlich untersuchen, da jede Gesellschaft auf Verhaltensweisen, die ihr problematisch erscheinen, reagiert, Schäden feststellt, Maßnahmen ergreift und registriert. Gerade hier wird allerdings die Kulturabhängigkeit der Definition deutlich sichtbar. Je nachdem, was

in einer Gesellschaft als problematisch erscheint, werden unterschiedliche Reaktionen und Registrierungen vorgenommen, deren Daten dann für Prävalenzuntersuchungen herangezogen werden können. Solche Daten lassen sich aber keinesfalls unmittelbar vergleichen. Probleme entstehen nicht von sich aus, sondern müssen erst als solche definiert werden. Dabei entstehen in der Definition und Reaktion sowohl quantitative wie qualitative Unterschiede: quantitative je nach Toleranz - oder auch Intoleranzniveau, qualitative, je nachdem, ob ein bestimmtes Verhalten überhaupt als Schaden oder Problem gilt. Deutlich sichtbar ist der qualitative Unterschied z.B. bei den Arretierungen wegen öffentlicher Trunkenheit, die in den USA und einigen skandinavischen Ländern ein ernstes öffentliches wie individuelles Problem darstellen, da sie für den Staat mit Aufwand und Kosten verbunden sind und für das Individuum weitreichende Konsequenzen haben können. Bei uns in Deutschland dagegen scheint öffentliche Trunkenheit eine relativ unproblematische Verhaltensweise darzustellen, wegen der einzuschreiten man sich staatlicherseits nicht aufgefordert fühlt. Daher gibt es natürlich auch keine Registrierung solcher Daten. Weiter wird die Problemhäufigkeit beeinflusst durch die Güte, Erstreckung und Selektivität des Erfassungs- und Betreuungssystems. Da aber bei den meisten dieser Probleme bereits offizielle Maßnahmen bestehen, muß man sich die Häufigkeit des Auftretens solcher Probleme von vornherein als durch das Wissen um die jeweiligen Maßnahmen beeinflusst darstellen. Hier ist nicht nur an Unterlassen von problematischem Verhalten wegen der Sanktionen zu denken, sondern auch an Verstecken, Verleugnen, Decken und Unterlassen von Registrierungen. Andere Probleme entstehen sogar im Anschluß an Maßnahmen, wie z.B. Schwarzhandel und Schmuggel von Alkohol in Ländern mit Prohibition. Am häufigsten erfuhren in den verschiedenen Staaten folgende

Vorkommnisse, die mit Alkohol in Bezug stehen, eine Problemdefinition. Gesundheitliche Schäden: erhöhte Mortalität (inklusive Suizid) bei erhöhter Alkoholaufnahme, Hospitalisierung wegen Alkoholismus, Alkoholfolkrankheiten. Fahren unter Alkohol, Verkehrsunfälle, andere Unfälle. Arbeitsausfälle, Invalidität. Familiäre Probleme wie Ehescheidungen. Kriminalität.

Bei einer Reihe dieser Probleme (wie Suizidalität, Unfallgefahr, Kriminalität), geht es sowohl darum, ob sie gehäuft bei Personen auftreten, die aktuell unter Alkoholeinfluß stehen, als auch darum, ob sie gehäuft bei Populationen auftreten, die gewöhnlich in größerem Ausmaß als die Durchschnittsbevölkerung trinken oder andere Alkoholprobleme haben.

Es kann angenommen werden, daß in die im folgenden referierten offiziellen Registrierungen nur die massiveren Probleme eingehen, während die leichteren Vorformen und die nur rein subjektiv erfahrbaren nur vom Individuum selbst erfragbar sind. So mündeten z.B. nicht alle Ehestreitigkeiten wegen Alkohol in einer Scheidung, oder sie haben noch nicht dazu geführt. Als Vorform kann man bei der Scheidung z.B. diese Streitigkeiten, Trennungsdrohungen etc. annehmen. Auch ist z.B. das dem Suizid vorangehende psychische Elend zunächst in keinen offiziellen Zahlen zu finden. Vorformen sind hier z.B. Abhängigkeitsangst, vergebliche Einschränkungversuche, Suizidgedanken.

HORN und WANBERG (1969) führten eine Großuntersuchung an 2300 Alkoholikern zur Symptomerhebung durch. Sie fanden, daß gerade solche subjektiven Probleme und die leichteren, nicht offiziell registrierten die einzigen waren, die eine hohe Prävalenz in der Stichprobe aufwiesen, also von fast allen Alkoholikern angegeben wurden, während die anderen Alkoholismussymptome und -verhaltensweisen eine erhebliche Varianz aufwiesen. Eine hohe Prävalenz wiesen folgende Probleme auf: Erleichterungstrinken (bei 93%),



Schamgefühle wegen des Benehmens unter Alkohol (bei 90%), vage Ängste und Befürchtungen nach einer Trink-episode (bei 84%), Empfindlichkeit gegenüber Kommentaren anderer wegen des Trinkens, Morgentrinken, Zittern nach dem Trinken und Blackouts (bei 82%).

Das Ausmaß solcher Probleme ist zwar auch über Bevölkerungsbefragungen eruierbar, und z.T. tatsächlich eruiert worden. Wir verzichten aber auf eine Darstellung von Ergebnissen aus diesen Quellen, da sie erstens ohnehin nur spärlich sind, und da zudem bei Untersuchungen dieser Art gewöhnlich die Anzahl der Probleme zu einem Gesamtscore addiert oder gewichtet wurde, sodaß eine Aufschlüsselung nach einzelnen Problembereichen nicht mehr möglich ist.

#### 2.3.1.2.1. Gesundheitliche Probleme

Zu den gesundheitlichen Problemen zählen Hospitalisierungen und ambulante Behandlungen wegen Alkoholismus, Alkoholpsychosen und damit verbundener Krankheiten, eine verminderte Lebenserwartung aufgrund dieser Erkrankungen, aber auch aufgrund erhöhter Suizid- und Unfallneigung.

Wie SCHMIDT (1966) hervorhebt, läßt sich für die BRD wie auch für Westberlin "keine gesicherte Aussage über die Zahl der Alkoholkranken machen. Es gibt keine einheitliche Fassung, keine einheitliche Aktenführung, keine gesonderte Alkoholkrankenfürsorge und damit auch keine gesicherte Gesamtstatistik."

SCHMIDT und De LINT (1972) analysierten die Sterblichkeit und Todesursachen bei 6478 Personen (1119 davon Frauen), die in einer Alkoholikerklinik in Kanada in den Jahren 1951 bis 1964 behandelt worden waren. Das Verhältnis von beobachteten zu erwarteten Todesfällen insgesamt betrug 2,02 (für die Männer) und 3.19 für die Frauen, d.h. die Sterblichkeit war zwei- bis dreimal so hoch wie in der

allgemeinen Bevölkerung. Am höchsten fielen die überdurchschnittlichen Todesraten in den Altersgruppen von 35 bis 44 Jahre aus: bei Männern 3,63 bis 4,17, bei Frauen 6,84 bis 8,72. Für die einzelnen Todesursachen betrug das Mehr an Sterblichkeit

- Krebs des oberen Verdauungs- und des Atmungstrakts:  
2,79 Männer; 1,88 Frauen
- "Alkoholismus": 24,00 Männer; 33,33 Frauen
- Arteriosklerotische Herzerkrankung:  
1,74 Männer; 4,10 Frauen
- Lungenentzündung: 3,07 Männer; 7,14 Frauen
- Leberzirrhose: 11,49 Männer; 25,00 Frauen
- Magen- und Darmgeschwüre: 3,55 Männer; 6,66 Frauen
- Unfall: 2,52 Männer; 12,40 Frauen
- Suizid: 6,02 Männer; 8,69 Frauen.

WILKINSON et al. (1971) untersuchten 1000 Alkoholikerpatienten einer Alkoholikerklinik in Australien auf physische Erkrankungen. Sie fanden als häufigste akute Erkrankungen:

Leberkrankheiten (25,1% aller Fälle)

periphere Neuropathie (19%)

erhöhten Blutdruck (16,8%)

Gastritis (13,3%).

Als häufigste chronische Erkrankungen fanden sie:

chronische Bronchitis (17,3%)

Zirrhose (9,8%)

chronische hirnorganische Schäden (8,8%)

Epilepsie (7,8%)

Magen-Darm-Geschwüre (7,2%).

Nach der Untersuchung in der Schweiz von CIMOPI und EISERT (1969), in der die Todesursachen von 1468 wegen Alkoholismus stationär behandelten Personen untersucht wurden, die alle in den Jahren von 1873 bis 1887 geboren

waren, ergab sich im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine signifikante Verringerung der Lebenserwartung um 12% bei den Frauen und um 15% bei den Männern. Insbesondere ergab sich eine starke Verringerung der Lebenserwartung bei schwerem Alkoholismus mit cerebralen Störungen. Häufiger als in der allgemeinen Bevölkerung waren folgende Todesursachen: Suizid, Leberzirrhose, Delirium tremens, Störungen des Nervensystems. Weniger häufig waren dagegen Kreislaufstörungen.

Besondere Aufmerksamkeit haben die erhöhte Unfall- und Suizidneigung bei Alkoholikern gefunden.

Wir referieren hier einige Untersuchungen zur Unfallgefahr allgemein, wobei wir später auf Verkehrsunfälle besonders eingehen. WECHSLER et al. (1969) nahmen Atemproben von 5622 Patienten einer Unfallstation eines Allgemeinkrankenhauses in den USA. Sie fielen positiv aus bei 22,3% der Heimunfälle, BAC 0,05% bei 11,3%, 29,5% der Verkehrsunfälle, BAC 0,05% bei 17,1%, 15,5% der Berufsunfälle, BAC 0,05% bei 4,9%, 24,1% bei "anderen" Unfällen, BAC 0,05% bei 13,2%, 56,0% bei Patienten mit Verletzungen aus Kämpfen oder Prügeleien, BAC 0,05% bei 39%. Bei 1222 Nicht-Unfallpatienten betrug der Anteil an solchen mit positiver Alkoholprobe dagegen nur 8,9% ( $p < .001$ ).

BRENNER (1967) machte eine Nachuntersuchung bei 1343 Alkoholikern, die in den Jahren 1954 bis 1957 bei vier verschiedenen Institutionen der USA behandelt worden waren. 1961 waren von diesen Patienten 217 gestorben, 35 durch Unfälle, 10 bei Verkehrsunfällen, 14 durch Stürze, 6 durch Vergiftungen und 5 in anderen Unfällen. BRENNER kommt zu der Schätzung, daß Alkoholiker das siebenfache Risiko haben, Opfer tödlicher Unfälle zu werden, mit einer Rate von 480 Todesfällen auf 100.000 Menschen pro Jahr, verglichen mit einer Rate von 68 in der Gesamtpopulation.

BAUMGÄRTEL et al. (1968) fanden unter den unfallverletzten Patienten einer Notfallstation in Berlin im Jahre 1965 4% Betrunkene.

Es besteht die Möglichkeit, daß Alkohol nicht nur kriminogen sondern auch victimogen ist. So referiert MEDINA (1970) Daten des medizinisch-juristischen Instituts in Santiago, wonach unter den Opfern von Totschlag bei 62% der Männer und bei 35% der Frauen ein Blutalkoholspiegel von 50 mg/100 ml gefunden wurde.

Speziell in Bezug auf die Suizidneigung sollen folgende Zahlen genügen:

Nach SCHNEIDMAN und FARBEROW (1956) variiert die Alkoholverteilung bei Suiziden je nach Land von 2 bis 10%.

WATSON (1969) berichtet aus England: in einer Population von 33.848 Einweisungen in eine Unfall- und Notfallstation eines Londoner Krankenhauses war Alkohol bei 10% aller Patienten mit Suizidversuch erwähnt. KOLLER und CASTANOS (1968) fanden bei einer Alkoholikerklinikpopulation in Australien 20% Patienten mit Suizidversuchen.

KAPAMADZIJA (1969) untersuchte 2281 Suizide in Jugoslawien von 1960 bis 1965. Er kam auf einen Anteil von 32% Alkoholikern und 33% zur Zeit des Suizids Intoxikierte (81% der Alkoholiker und 11% der Nichtalkoholiker). Von 500 Alkoholikern, deren Anamnesen bekannt waren, hatten 35% Suizidversuche oder -impulse gehabt.

Nach MEDINA (1970) spielt Alkohol in Chile bei 36% der männlichen und 14% der weiblichen Suizide eine Rolle (BAC über 49 mg/100 ml). WHITLOCK und SHAPIRA (1967): Von 274 Patienten (180 Frauen, 94 Männer), die mit Suizidversuchen in ein städtisches Allgemeinkrankenhaus in Australien eingeliefert wurden, standen 32% unter Alkohol.

LANG et al. (1967), Jugoslawien, fanden bei 19,8% ihrer Alkoholismuspatienten Suizidversuche oder -gedanken.

Bei Suiziden von Angestellten eines Betriebs in Frank-

reich waren nach BLEIN (1970) 30% Alkoholiker (insgesamt in dieser Population 4,6% Alkoholiker).

Alkohol eignet sich jedoch kaum als direktes Suizidmittel. Selbstmorde durch Überdosierung von Alkohol sind relativ selten. Wahrscheinlich werden zu große Alkoholmengen benötigt.

#### 2.3.1.2.2. Verkehrsunfälle und -delikte

Am häufigsten wurden Verkehrsunfälle untersucht. In den letzten Jahren hat sich die Diskussion darum zentriert, ob die erhöhte Unfallgefahr eine einfache Funktion des Blutalkoholspiegels sei, oder ob Personen mit sonstigen Alkoholproblemen (Alkoholiker) einen zusätzlichen Risikofaktor beisteuern. Ganz sicher ist unter Alkohol die Unfallgefahr erhöht, ganz sicher ist auch bei Alkoholikern die Unfallgefahr erhöht, möglicherweise allerdings nur wegen ihres im Durchschnitt höheren BACs. Wir bringen im folgenden kurz einige beispielhafte Belege für das erhöhte Unfallrisiko unter Alkohol und bei Alkoholikern.

MEDINA (1970) zitiert eine schwedische Untersuchung, bei der die Blutalkoholwerte von Unfällen mit einer zufallsmäßigen Kontrollgruppe verglichen wurden, und die Unfallhäufigkeit festgestellt wurde. Danach beträgt das Unfallrisiko bei 1,0 BAC schon das Zehnfache wie bei nüchternen Fahrern, das Risiko steigt etwa bei 1,25 BAC nochmals stark an, und ist bei einem BAC von 1,5 schon fast vierzigmal so hoch wie im nüchternen Zustand.

IM OBERSTEG und BÄUMLER (1967) untersuchten 328 Spitalunfallpatienten in der Schweiz: bei 24% der Verkehrsverletzten und bei 15% der Arbeits- und Freizeitverletzten war die Blutalkoholprobe positiv. Dabei wiesen zwei Drittel der alkoholpositiven Verkehrsverletzten Blutalkoholwerte von über 0,8 Gewichtspromille auf.

Offizielle, ältere Daten vom NATIONAL SAFETY COUNCIL (Accident Facts) (1960) aus den USA sprechen davon, daß sich 20 bis 30% aller tödlichen Unfälle unter dem Einfluß von Alkohol ereigneten. Bei den nicht-tödlichen Unfällen in den USA soll die Rate dagegen 50 bis 60 betragen.

CRANCER und QUIRING (1969) benutzten die Kartei eines Verkehrsamtes um zu erfahren, wieviele von 515 mit der Diagnose "chronischer Alkoholismus" in einem Krankenhaus aufgenommene Personen eine regelmäßige Fahrerlaubnis hatten. Bei 375 von ihnen war die Fahrerlaubnis nicht in Ordnung. Die restlichen 140 Fahrer wurden mit 228 regelrecht zugelassenen Fahrern desselben Gebiets verglichen. Im Vergleich zur Kontrollgruppe hatten die Alkoholiker signifikant mehr Unfälle und Ordnungsstrafen, mehr Strafen wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand, wegen rücksichtslosen Fahrens, Fahrerflucht, Fahren ohne Führerschein, nachlässigen Fahrens, mehr Unfälle mit Körperverletzungen, weniger Geschwindigkeitsübertretungen, Nichtbeachtung der Stopzeichen und mangelhafte Ausrüstung.

Zu teilweise ähnlichen Ergebnissen kommen WALLER und GOO (1969), die die Verkehrsregister von Alkoholikern, Personen mit anderen psychosozialen Störungen, Personen mit medizinischen Störungen und einer Normalpopulation vergleichen. Alkoholiker wiesen signifikant mehr Unfälle mit einem Versagen des Fahrers auf, mehr Unfälle mit erhöhter Geschwindigkeit, mehr Überholunfälle, mehr Unfälle, die nur ein Fahrzeug oder abgestellte Fahrzeuge involvieren, mehr Verkehrsstrafen wegen Fahrens in angetrunkenem Zustand, häufiger multiple Verkehrsstrafen, häufiger Strafen wegen Fahrens ohne oder mit ungültigem Führerschein.

WALLER (1967) sammelte Informationen über frühere Kontakte mit Gemeinde-Institutionen, insbesondere wegen Trink-



problemen von 150 Fahrern in angetrunkenem Zustand, 33 alkoholisierten, aber nicht arrestierten, in Unfälle verwickelte Fahrer, 117 nüchternen Unfallfahrern, 131 Fahrern mit Verkehrsregelverletzungen, 150 vorkommnisfreien Fahrern. Als Auslesekriterium für Problemtrinken galten zwei oder mehr frühere Arreste wegen Trinkens oder Identifikation als Problemtrinker durch die Institutionen. Es fand sich eine hohe Korrelation zwischen zwei und mehr Arretierungen wegen Trinkens und dem Eindruck von Problemtrinken. 87% der angetrunkenen Fahrer waren den Institutionen bekannt. WALLER (1969) (s. SMART und WALLER, 1969, USA) glaubt zusammenfassend sagen zu können, daß die Unfallraten von Alkoholikern etwa doppelt so hoch sind wie die von Nichtalkoholikern. Die mittlere BAC bei Unfällen ist 150 mg/%, wobei das Risiko bei dieser Konzentration etwa 25-mal größer sei als bei 0 BAC. Er schätzt, daß nur etwa 5 bis 10% des Fahrens bei Alkoholikern unter solch hohen BAC-Werten stattfindet. WALLER (1969) glaubt nach Analyse der Daten, daß Alkoholismus oder Problemtrinken in mindestens einem Drittel aller schweren oder tödlichen Verkehrsunfälle eine Rolle spielt.

#### 2.3.1.2.3. Arbeitsprobleme

Hier liegen nur sehr lückenhafte Berichte vor, da die meisten Probleme wohl intern in den Unternehmen abgehandelt werden. Am häufigsten genannt wurden folgende alkoholbezogenen Probleme:

- herabgesetzte Arbeitseffizienz, qualitativ und quantitativ
- Arbeitsausfälle, Absentismus
- Arbeitsunfälle
- häufiger Stellenwechsel
- Invalidität infolge exzessiven Alkoholverbrauchs
- berufliche Abstiege bzw. mangelnde Aufstiege.

TRICE, einer der Spezialisten auf dem Gebiet alkoholbezogener Arbeitsprobleme in den USA macht in einer Übersicht (in POPHAM, 1970) darauf aufmerksam, daß auf diesem Gebiet fast nur Untersuchungen über einfache Arbeiter vorliegen, nicht jedoch über Angestellte in höheren und leitenden Positionen. Das Ausmaß der alkoholbedingten Mehrkosten kann daher kaum abgeschätzt werden, da z.B. ein leitender Angestellter mit alkoholbedingten Arbeitsproblemen einem Betrieb wahrscheinlich bedeutend mehr Schaden zufügen kann, wenn er nur als halbe Kraft zu rechnen ist, als ein einfacher Arbeiter.

Nach TRICE (1970) wird von den Vorgesetzten von Alkoholikern unter den einfachen Arbeitern immer wieder über deren mangelnde Arbeitseffizienz, sowohl quantitativ wie qualitativ geklagt. Schätzungen über die dadurch verursachten Kosten liegen meines Erachtens nicht vor.

Der nach klinischen Eindrücken oft behauptete häufige Stellungswechsel des chronischen Alkoholikers ist nach TRICE (1962 und 1970) empirisch nicht zu belegen. Er erwähnt eine Untersuchung, wonach Alkoholiker in einem Unternehmen 20 bis 30 Jahre lang treu blieben. Dies scheint aber kein einheitlicher Trend zu sein. Von 500 Alkoholikerpatienten in Belgrad, über die VASEV et al. (1968) berichten, hatten 87% ihren Arbeitgeber mindestens einmal gewechselt und 48% hatten die Stelle innerhalb derselben Organisation gewechselt. Besonders häufig, nämlich alle 10 Monate, hatten diejenigen ihren Arbeitsplatz gewechselt, die weniger als 5 Jahre im Berufsleben standen. Die Instabilität sei der Hauptgrund der niedrigen Bezahlung bei Alkoholikern gewesen. Auch die Arbeitslosigkeit in dieser Population sei vor allem auf Alkoholarbeitsprobleme zurückzuführen, wie Absentismus, Verspätung, Disziplinlosigkeiten.

Die Arbeitsunfälle wurden bereits weiter oben bei den Unfällen allgemein abgehandelt. Bereits dort war abzulesen,

daß Arbeitsunfälle unter Alkohol im Vergleich zu anderen Alkoholunfällen zahlenmäßig relativ gering sind.

TRICE (1970) erwähnt eine Untersuchung von 1962, wonach Alkoholiker wenig Arbeitsunfälle haben, auch wenn die Zahl ihrer Unfälle auf anderen Gebieten stark erhöht ist. Er meint, der Alkoholiker wolle damit sich selbst beweisen, daß mit ihm alles stimmt.

Zum Absentismus berichtet HUDOLIN (1969) über ein Industrieunternehmen mit 1000 Arbeitern, unter denen sich 35 Alkoholiker befanden, die für 50% der Arbeitsabwesenheit verantwortlich waren.

Untersuchungen von OBSERVER und MAXWELL (1959) und TRICE (1965) weisen darauf hin, daß Alkoholiker in Arbeiterpositionen der Arbeit drei- bis fünfmal so häufig fernbleiben wie andere. Die Abwesenheit gehe häufig chronisch über längere Zeit und werde häufig nicht berichtet. Zu etwas niedrigeren Raten gelangten PELL und D'ALONZO (1970), die die Abwesenheitszeiten wegen Krankheit bei 764 angestellten Alkoholikern über ein Jahr (1965) mit denen einer Kontrollgruppe von 863 Personen verglichen. Bei den Alkoholikern gab es 984 Krankheitsfehlzeiten mit 9941 Arbeitsunfähigkeitstagen, in der Kontrollgruppe 569 Abwesenheiten mit 5046 Tagen.

Über erhöhte Invalidenzahlen liegen Berichte aus Jugoslawien vor:

HUDOLIN (1969): In Jugoslawien waren von etwa 18.000 Personen, die jährlich um Invalidenrente ansuchten, 1964 5% Alkoholiker, 1967 11%. SPICER (1969) verwendet ebenfalls die offiziellen jugoslawischen Daten, und zwar von 1964 - 1966 und kommt auf einen Schnitt von 6,5% Anteil Alkoholiker an Invaliden. 61% waren bis zu einem Jahr behindert, 53% vollständig.

STOJILJKOVIC et al. (1969) untersuchten ebenfalls jugoslawische Invaliditätsfälle, und zwar eine Stichprobe von 6000 aus der Belgrader Gegend. 61% von ihnen wurden als

Alkoholiker identifiziert, sie waren vorher nicht als solche registriert.

#### 2.3.1.2.4. Ehe- und Familienprobleme

Diese Probleme sind schlecht dokumentiert. Wir fanden eine Analyse aus der Schweiz (HEDRI, 1971) über 1350 Ehepaare aus relativ wohlhabenden Familien, die um Scheidung nachsuchten. 20% von ihnen gaben Alkoholismus eines Partners als Hauptgrund an. HEDRI spricht von "Wohlstandsehekrisen".

#### 2.3.1.2.5. Kriminalität

Wie bereits oben erwähnt, ist in einigen Ländern schon Trunkenheit selbst strafbar, so z.B. in Finnland, Norwegen, Schweden, Dänemark (wobei allerdings noch Störverhalten hinzukommen muß), USA, Tschechoslowakei. Allerdings bestehen jeweils unterschiedliche Bestimmungen, und die Gesetze werden unterschiedlich streng oder lax gehandhabt. Jedenfalls scheinen für diese Länder Arretierungen wegen Trunkenheit z.T. ein immenses Problem darzustellen. So wird z.B. aus den USA (ZAX et al. 1964; STERN, 1967; PITTMAN, 1968) berichtet, daß diese Vergehen ein Drittel aller Arretierungen ausmachen. Von EPSTEIN et al. (1970) wird berichtet, die über 46.000 Arretierungen in San Francisco registrierten, daß dieses Delikt 45% aller Vergehen bei den Personen unter 60 Jahren und 82% bei den Personen über 60 Jahren ausmacht. Den Kostenaufwand für dieses Problem schätzt PITTMAN (1968) mit 100 Millionen Dollar jährlich. Aber auch andere Delikte in Zusammenhang mit Alkohol sind ein häufiges und schweres Problem.

MEDINA (1970) erwähnt eine Untersuchung des Kriminologischen Instituts eines Männergefängnisses in Santiago de Chile, wonach ein Drittel aller kriminellen Delikte unter Alkohol begangen wurde. Bei 58% dieser Straftaten handelte es sich um Mord, bei 28 um gewaltsamen Raub, bei dem Rest um Diebstähle und andere Delikte. Nach LANGE und TRÜBSBACH (1969) waren nach offiziellen Statistiken der DDR 1962 23% und 1966 32% aller Delikte von Jugendlichen unter Alkohol begangen worden. TARDIF (1968) untersuchte 356 Personen in Kanada, die dort im Jahre 1964 wegen Gewalttätigkeitsdelikten verurteilt worden waren. Das Ausmaß an angerichteten Verletzungsschäden bei Personen, die Alkohol konsumiert hatten, war bei diesen erheblich größer. Aus einer Untersuchung aus London (GIBBENS und SILBERMAN, 1970) an 7.404 Gefangenen aus drei Gefängnissen geht hervor, daß etwa die Hälfte all dieser Kriminellen schwere Trinkprobleme hatten, obwohl die meisten nicht wegen Trunkenheitsdelikten verurteilt worden waren. NEDOMA et al. (1969), Tschechoslowakei, kamen bei der Untersuchung von 20 Inzesttätern sogar zu dem Schluß, daß 60% von ihnen entweder aus sehr niedrigen sozialen Schichten kamen und/oder chronische Alkoholiker waren. Auch MARINKOVIC (1968) weist auf das hohe Vorkommen von Alkoholikern unter Inzesttätern in Jugoslawien hin. DAVIS et al. (1968) berichten über einen Anteil von 22% Alkoholikern bei Scheckbetrügern.

## 2.3.2. Unmittelbare Kovariablen

### 2.3.2.1. Trinkmuster und -umstände

Empirische Daten über Trinkmuster und -umstände und ihren Zusammenhang mit der Höhe des Alkoholkonsums und dem Auftreten von Trinkproblemen liegen aus drei Arten von Quellen vor:

- aus soziokulturellen Untersuchungen über den Trinkstil verschiedener Völker und Volksgruppen;
- aus klinischen Beschreibungen des Phänomens Alkoholismus;
- aus kontrollierten Verhaltensbeobachtungen bei experimentell erzeugtem Alkoholkonsum zur Baselineerhebung bei der Verhaltenstherapie.

Bei der ersten Quelle handelt es sich meist um mehr oder weniger unkontrollierte Beobachtungen bzw. nationale Stereotypen, wobei die Beschreibung der Trinkstile selbst häufig auch einer objektiveren Überprüfung standhielt. Immer wieder beschrieben wurde z.B. der italienische Trinkstil. Dort gilt der Alkohol in Gestalt von Wein vor allem als billiges Nahrungsmittel (nicht als Droge). Es wird in geringer Quantität aber großer Frequenz getrunken, und zwar ganz regelmäßig zu den Mahlzeiten. Kinder werden früh an Alkohol gewöhnt. Trunkenheit und Aggressivität unter Alkohol und Abstinente sind praktisch unbekannt. (siehe z.B. LOLLI et al. 1958, JESSOR et al. 1970). Den Italienern wurde traditionell ein niedriges Alkoholismuskvorkommen nachgesagt.

Mit dem italienischen Trinkstil kontrastiert der finnische (wie auch schwedische und norwegische). Nach einer Untersuchung von BRUUN (1967) ist ein Großteil der Bevölkerung abstinent. Diejenigen, die trinken, trinken selten (meist am Wochenende), dann aber in großen Quantitäten. 43% der finnischen Männer trinken im Durchschnitt mehr als 7,5 cm<sup>3</sup> absoluten Alkohol pro Trinkgelegenheit und etwa 17% minde-



stens 15cm<sup>3</sup> absoluten Alkohol pro Gelegenheit (was einer halben Flasche Wodka entspricht). Das Hauptalkoholproblem ist hier die Trunkenheit, die dort charakteristischerweise mit erheblich aggressivem Verhalten verbunden ist, was gewöhnlich historisch erklärt wird.

Unangefochten blieb die Existenz dieser Trinkstile. Angefochten wurde die Behauptung, daß sie etwas mit dem Alkoholismusvorkommen zu tun haben, anstatt nur historisch bedingte Variationen zu sein.

So ist es möglich, daß den Italienern nur deshalb ein so unproblematischer Alkoholkonsum und ein so geringes Alkoholismusvorkommen nachgesagt wird, weil sie selbst die Tendenz haben, die Sache nicht zu problematisieren, wodurch nur in geringem Ausmaß Alkoholprobleme entstehen, bzw. bekannt werden. Wie soll jemand z.B. Entzugserscheinungen bekommen, wenn er den Alkohol nie absetzt? Wie soll jemand wegen seines häufigen Trinkens Schuldgefühle bekommen, wenn es ringum allgemein akzeptiertes Verhalten darstellt? De LINT und SCHMIDT (1971), Vertreter des Verbrauchsverteilungsmodells, wiesen nach, daß Italien, zusammen mit Frankreich (wo zu jeder Gelegenheit getrunken wird), sowohl nach der Höhe des Prokopffverbrauchs wie nach dem Anteil an exzessiven Trinkern in der Bevölkerung (geschätzt nach LEDERMANN), wie auch nach den Leberzirrhose-Todesraten die Liste der Länder anführen (siehe Tabelle 2). Finnland liegt in diesen Listen jeweils auf einem der letzten Plätze. Daraus schließen die Autoren, daß allein die Höhe des Alkoholkonsums über das Auftreten von Alkoholismus entscheidet, nicht der Trinkstil.

Wir können ergänzen, daß dies nur insoweit gelten kann, als unter Alkoholismus Viel-Trinken und Leberzirrhose verstanden wird, wobei bereits das Vieltrinken wahrscheinlich schon von anderen Faktoren abhängig ist. Psychische und soziale Probleme sind hier klarerweise nicht tangiert. Sicher zu Recht heben De LINT und SCHMIDT (1971) hervor,

daß manche Trinksitten einfach einen höheren Alkoholkonsum beinhalten, so z.B. die französische Gewohnheit, über den Tag verteilt, auch außerhalb der Mahlzeiten, zu trinken. Es kann als Mystifizierung gesehen werden, wenn man hier den Sitten und Gebräuchen besondere Kraft zumißt.

Die in diesen Untersuchungen der einfachen Prokopfverbrauchs- und Leberzirrhosedaten sichtbar werdenden nationalen Stereotypen, lassen sich eventuell so erklären, daß jeweils die Nationen sich den Ruf als starke Trinker oder als reich an Alkoholikern zugezogen haben, die ein auffälliges Verhalten unter Alkohol zeigen, oder die selbst ihren Alkoholkonsum stark problematisieren. Erstes ist z.B. bei den Finnen oder den Iren der Fall (die Iren haben einen vergleichsweise niedrigen Prokopfverbrauch und niedrige Leberzirrhoseraten). Trinken verläuft hier lautstark und öffentlich auffallend. Das Zweite, die Problematisierung, ist wahrscheinlich in Ländern mit Prohibitionsvorgeschichte der Fall (z.B. USA, skandinavische Länder), wo auch heute noch ein großer Teil der Bevölkerung total alkoholabstinent bzw. alkoholfreudlich lebt.

Wahrscheinlich ist die Produktion wissenschaftlicher Untersuchungen über Trinkverhalten und Alkoholismus selbst Teil der Problematisierung des Alkoholkonsums in einem Land. Nach ersten Eindrücken scheint der Umfang der hierfür investierten Gelder dem Anteil der Abstinenten in einem Land direkt proportional zu sein und umgekehrt proportional dem Trinkvolumen. So haben z.B. die USA und Finnland ein sehr hohes Forschungsvolumen auf diesem Gebiet, während die weinproduzierenden Länder wie Frankreich, Italien, Spanien und Portugal bisher kaum Forschung auf diesem Gebiet betrieben haben.

In dieser Rubrik der soziokulturellen Untersuchungen zählen auch die bei Bevölkerungsumfragen ermittelten Trinkstile. Sie beschränken sich meist auf die reine Deskrip-

tion des Trinkstils der Bevölkerung eines Landes oder einzelner Bevölkerungsgruppen, liefern aber keinen Zusammenhang mit Trinkproblemen, wie z.B. die Pionieruntersuchung über das Trinkverhalten der Deutschen von WIESER (1968, 1973). Solche Beschreibungen muten an wie in früheren Zeiten die Beschreibungen der Sitten und Gebräuche fremder Volksstämme. Diese fanden damals aufgrund ihrer Fremdartigkeit allein ein besonderes Interesse. Ob jedoch heutzutage Beschreibungen von Trinkstilen allein weiter ein besonderes Interesse verdienen, bleibe dahingestellt. Im Prinzip sind diesem Forschungsgebiet rein quantitativ keinerlei Grenzen gesetzt. Die möglichen Variationen des wo, was, wann, mit wem sind schier unerschöpflich, wie auch die Einteilungsgesichtspunkte für mögliche Gruppen von Individuen, bei denen man diese Gesichtspunkte untersuchen könnte ("Trinkt die englische Hausfrau häufiger mit der Freundin als die deutsche?", "Bevorzugen Beamte helles oder dunkles Bier?"). Es handelt sich jedoch m.E. dabei um Wissen, das vielleicht der Getränkeindustrie und der Werbung nutzen kann, für die Forschung aber irrelevant ist.

Bei der zweiten Quelle handelt es sich um klinische Beschreibungen des Alkoholismus, wobei es Entwicklungsskalen für die einzelnen Phasen gibt, die meist auf JELLINEK (1952, 1960) zurückgehen. Sie enthalten unter anderem auch auffällige Trinkverhaltensweisen, die im Laufe der einzelnen Phasen auftreten und als Teil des Krankheitsprozesses angesehen werden (z.B. heimliches Trinken, isoliertes Trinken, Hinunterstürzen des ersten Glases, Vorräte anlegen etc.). Diese Verhaltensweisen sind zwar oft klinisch an Alkoholismuspatienten (meist amerikanischen) nachgewiesen worden, es fehlen aber Untersuchungen an Normalpersonen. Erst dann könnte man sie tatsächlich als alkoholikerspezifisch ausweisen.

Die dritte Quelle für Daten über Trinkmuster und -umstände besteht aus experimentellen Beobachtungen, die vor allem von verhaltenstherapeutischer Seite zur Ermittlung von Zielverhaltensweisen und zur Gewinnung von Baseline-Daten vor der Therapie angestellt wurden. MILLS et al. (1971), SCHAEFER et al. (1971) und SOBELL et al. (1972) ermittelten folgende Trinkmuster, anhand derer sich diagnostizier- te Alkoholiker von anderen Vpn unterschieden ließen: Alkoholiker trinken immer mehr als 12 Gläser in einer 4-Stunden-Periode.

Sie verlangen gewöhnlich ungemischte, pure Drinks.  
Sie trinken bedeutend schneller, manchmal dreimal so schnell wie Normaltrinker.

Sie nippen langsamer, nehmen dabei aber jeweils eine grö- ßere Menge auf einmal (größere Schluckgröße).

Diese Verhaltensweisen wurden von NATHAN und O'BRIEN (1971) bestätigt, wobei sie sie um die folgenden ergänz- ten:

Alkoholiker verzichten auf die "Annehmlichkeiten" ("nice- ties") des sozialen Trinkens (wie Eis, saubere Gläser, Barttücher).

Sie halten einen einmal erreichten Blutalkoholspiegel über längere Zeit aufrecht und kehren häufiger zu ihm zurück.

Sie trinken in schmutzigen und/oder nicht vollständig bekleidetem Zustand.

Sie füllen sich mehr als einen doppelten "Schuß" ins Glas.

Sie bleiben während des Trinkens ruhig.

Sie mögen nicht mit dem Trinken aufhören, solange Alkohol erreichbar ist.

Sie haben das Bedürfnis, zu wissen, woher der nächste Drink kommen wird, bevor sie den vorhergehenden verzehren.

Diese Art von Untersuchungen stehen aber erst am Anfang und beziehen sich zur Zeit noch auf sehr wenige Vpn. Die

Ergebnisse können daher nicht verallgemeinert werden. Sie besitzen auch keinen theoretischen Bezugsrahmen.

Zu den Trinkumständen gehören natürlich auch die Reaktionen der sozialen Umgebung des Trinkenden. Sie kann sowohl das Trinken selbst, wie das Verhalten unter Alkohol, wie eine bestimmte Art zu trinken, wie auch Nicht-Trinken positiv oder negativ verstärken.

Mehr sozialpsychologisch-interaktionistisch orientierte Ansätze gehen dahin, das Reinforcement des Trinkens, da es nicht in einer euphorisierenden Wirkung zu liegen scheint, darin zu suchen, daß das Trinken von Alkohol ein soziales Interaktionsmuster und Rollenverhalten verlangt, das im normalen Leben nicht gefunden werden kann (WEINER et al. 1971, STEINGLASS et al., 1971).

Diese Autoren untersuchten das Interaktionsmuster bei Paaren von chronischen Alkoholikern und zwar vor, während und nach einer 14-tägigen Periode experimentell eingeführter Intoxikation. Bei allen drei untersuchten Paaren ließ sich ein festgelegtes Interaktionssystem mit bestimmten Spielregeln und einer genauen Rollenverteilung beobachten, zu dessen Aufrechterhaltung die Alkoholeinnahme nötig war. So hatte abwechselnd je einer der beiden Partner die Rolle des Betrunkenen, Hilflosen, Nichtverantwortlichen inne, während der jeweils andere die Rolle des umsichtigen, überlegenen Beschützers ("caretaker") einnahm. Obwohl die Interaktionsstile bei den untersuchten Paaren unterschiedlich waren, war doch bei jedem ein regelrechtes Trinksystem beobachtbar.

Zu ähnlichen Befunden kommen Untersuchungen über Alkoholikerehen (meist in der Kombination: trinkender Mann - nicht trinkende Frau). So fand DESMAIES (1965), daß in solchen Ehen gerade das Trinken Teil einer stabilen Bindung der Partner sein kann. Die Frau ist dabei dem Trinken des Mannes gegenüber meist ambivalent eingestellt.

So dränge sie z.B. zunächst auf sofortige stationäre Behandlung, dann um Entlassung. Ob es sich bei dem angetrunkenen Verhalten des Mannes noch um eine direkte Alkoholwirkung handelt, oder ob es nur entsteht, weil es von beiden Seiten benötigt wird, ist schwer auszumachen.

JAMES und GOLDMAN (1972) ermittelten mittels Fragebogen Reaktionsstile von Alkoholiker-Ehefrauen auf folgende Verhaltensweisen des Mannes: a) soziales Trinken, b) exzessives Trinken, c) alkoholismusartiges Trinken, d) Abstinenz. Die Reaktionsstile waren unterteilt in: Rückzug, Fürsorge, Angriff, Wahrung der Familieninteressen und Ausagieren. Die häufigste Reaktion der Ehefrauen war der Rückzug, und zwar auch wenn der Mann abstinent war oder in sozialer Weise trank. Frauen, deren Männer heftig und aggressiv wurden, reagierten öfter mit Angriff und Rückzug. Als wirksamstes Mittel, den Alkoholismus des Mannes kurzfristig zu modifizieren, erwies sich die Drohung der Frau, den Mann zu verlassen. Alkoholismus wird in dieser Sichtweise zum komplexen sozial geregelten Verhaltensmuster, wobei der Alkohol mehr als Vehikel der Rollenübernahme dient.

Positive soziale Verstärker wären auch im "Normalbereich" zu findende Verhaltensweisen wie: zum Trinken animieren, zuprosten, Anerkennung für das Quantum, das man vertragen kann, Stammtischbildung, "Unter-den-Tisch-trinken" usw. Hier fehlen aber empirische Untersuchungen weitgehend.

#### 2.3.2.2. Trinknormen und -einstellungen

Viele Autoren haben die Bedeutung der Korrelation zwischen Attitüden und Prävalenzdaten betont, der Zusammenhang wurde jedoch kaum systematisch erforscht, über die Höhe der Korrelation ist fast nichts bekannt. Meist wurden die unterschiedlichen Attitüden und Normen einfach als bekannt



vorausgesetzt, und kaum systematisch gemessen. So werden die unterschiedlichen Raten von Trinkenden, stark Trinkenden und Trinkproblemen in verschiedenen Ländern und Subpopulationen meist auf die unterschiedlichen Trinkkulturen und die unterschiedlichen sozialen Kontrollsysteme zurückgeführt, es sind aber für diesen Zusammenhang kaum Daten vorhanden. Oder es werden Einstellungen und Normen beschrieben oder gemessen, ohne daß diese nun wieder direkt mit Alkoholkonsum oder Alkoholproblemen in Beziehung gesetzt wurden. (Beispiele für solche Arbeiten: GLOBETTI, 1967; SARGENT, 1967; DAHL, 1967; PRESTON, 1968; DEMOGIOT et al., 1969; VALSESCHINI, 1969; GLOBETTI und POMMERROY, 1970). Es gibt keine direkten Vergleichsuntersuchungen der Einstellungen in verschiedenen Ländern.

Relativ viele Untersuchungen liegen zur Trinkprävalenz und Trinkproblemprävalenz in Abstinenzsubkulturen vor. Daß in solchen Kreisen die Einstellung zum Trinken generell ablehnender ist als in der trinkenden Bevölkerung, wurde häufig bestätigt. Generell haben Nichttrinkende eine negativere Einstellung zum Trinken als Trinkende (CAHALAN et al., 1969; HARRISON et al., 1968; GOODWIN et al., 1969; HARRISON, 1970; KNUPFER und ROOM, 1967). Das ist aber natürlich ein banales Ergebnis. Nach HANSSON und SAARMANS (1970) Befragung von schwedischen Schülern haben sowohl Abstinente wie Mißbrauchende weniger zutreffende Informationen und weniger tolerante Einstellungen gegenüber Alkohol als mäßig Trinkende. Erwie-ser scheint auch zu sein, daß Personen, die aus einem Abstinenzmilieu kommen (via Einstellung und/oder Verhalten der Eltern, spezieller Religionszugehörigkeit usw.) seltener überhaupt trinken, unter denen die trinken, aber der Anteil an stark Trinkenden, Problemtrinkern oder Alkoholikern besonders hoch ist (MIZRUCHI und PERRUCCI, 1962; DEMONE, 1966; GLOBETTI und McREYNOLDS, 1966; GLOBETTI,

1967, 1969; GOBETTI und WINDHAM, 1967; LARSEN und ABU-LABAN, 1968; ABU-LABAN und LARSEN, 1968; PRESTON, 1969; GOODWIN et al., 1969). Inzwischen hat daher die amerikanische Methodistenkirche ihr Abstinenzgebot widerrufen, und unterstützt jetzt das mäßige Trinken, wobei darauf hingewiesen wird, daß die Abstinenzforderung das unmäßige Trinken fördert (MOORE, 1969). Allerdings gilt die Problemgefahr für Trinkende aus Abstinenzkulturen nach LARSEN und ABU-LABAN (1968) nur dann, wenn es sich um Abweichende von Kirchennormen handelt. Wenn jedoch von Normen abgewichen wird, die von Freunden, Familie oder Arbeitskollegen stammen, scheint starkes Trinken eher bei präskriptiven oder bei proskriptiven Normen vorzukommen. Überhaupt am höchsten war der Anteil an starken Trinkern bei LARSEN und ABU-LABAN bei Personen aus einem non-skriptiven Normhintergrund. Generell läßt sich wahrscheinlich sagen, daß proskriptive oder Abstinenznormen nicht als solche eine Gefahr darstellen, sondern erst bei Konfrontation mit anderen Trinknormen. Es bleibt aber bis jetzt unklar, ob bei widersprüchlichen, unklaren oder mangelnden Normen eher die Tatsache der mangelnden Orientierungshilfe und widersprüchlicher Sanktionen für höheren Alkoholkonsum und gehäufte Trinkprobleme verantwortlich ist (DEMONE, 1966; HARRISON, 1970) oder ein Wechsel zu der Bezugsgruppe mit den positiven Normen (SHAW und CAMPBELL, 1962). RICHARDSON (1964) fand wenig Übereinstimmungen in den Alkoholeinstellungen von Collegestudenten und deren Eltern. Über die Rolle von Bezugsgruppen allgemein informieren vor allem Untersuchungen an Jugendlichen. PEEK (1971) zieht aus seiner Untersuchung von Collegestudenten den Schluß, daß sich aus der Stärke des Normkonsensus, die er auf verschiedene Art gemessen hat, fast nichts über die Sanktionsstärke vorhersagen läßt. MADDOK (1968), der ebenfalls Collegestudenten untersuchte, fand, daß sozial aktive Abstinente, de-

ren Freunde tranken, zu trinken begannen. Soziale Trinker, deren Trinken von der Gruppe der Gleichaltrigen nicht unterstützt wurde, berichteten nach einem Jahr Abstinenz. ALEXANDER und CAMPBELLS (1967) Befragung von Highschool-Studenten erbrachte, daß die Frequenz des Alkoholkonsums direkt mit dem Ausmaß an sozialer Unterstützung korreliert, den die Jugendlichen von ihren Freunden für das Trinken erhalten. Von den abstinenten Jugendlichen berichteten über 60% über Erfahrungen sozialen Drucks zu trinken, und das Ausmaß dieses Drucks korreliert direkt mit der Anzahl trinkender Freunde. In all diesen Untersuchungen dreht es sich allerdings nicht um Problemtrinken, sondern um die Tatsache des Trinkens überhaupt. Anders bei BAHR (1967), der die Sozialisation in eine deviante Trinkgruppe (die Skid-Row in New York) untersuchte. Er fand bei einer Zufallsstichprobe von 92 Skid-Row Männern, daß die Identifikation mit der "Bowery" invers variiert mit dem Ausmaß der Interaktion mit "Normalen", und daß die Interaktion mit den Bowery-Männern direkt variiert mit der Konformität zu Skid-Row-Trinkmustern.

Unklar bleibt bis jetzt auch, ob den unterschiedlichen Trinkmustern und Problemmustern in den einzelnen gesellschaftlichen Gruppen unterschiedliche Einstellungen entsprechen. CANALAN et al. (1969) stellten bei ihrer amerikanischen Repräsentativbefragung auch einige wenige Einstellungsfragen. Nach der Schichtzugehörigkeit lassen sich die Antworten wie folgt differenzieren: Wie oben berichtet wird, hatten die unteren Schichten einen niedrigen Anteil an überhaupt Trinkenden aufzuweisen, aber einen im Vergleich dazu relativ höheren Anteil an stark Trinkenden. Die Attitüden der Unterschicht gegenüber dem Trinken waren insgesamt negativ bzw. sie schienen im Trinken mehr Gefahr zu sehen. Ein geringer Prozentsatz von Unterschichtpersonen gab an, daß sie das Trinken vermis-

sen würden, wenn sie es aufgeben müßten. Ein höherer Anteil in den Unterschichtgruppen stimmte der Feststellung zu, daß "Trinken mehr Schlechtes als Gutes bewirkt". Als negative Trinkeffekte berichteten die Unterschichtangehörigen eher Aggressivität und tätliche Auseinandersetzungen, Personen mit höherem Status erwähnten häufiger gesundheitliche Probleme. Mehr Unterschichtangehörige berichteten, daß eine Bezugsperson sie während des letzten Jahres vom Trinken abzuhalten versucht hatte.

Es ist hier allerdings nicht auszumachen, inwieweit diese Einstellungsunterschiede einfach auf den größeren Anteil an Abstinenten in den unteren Schichten zurückgehen, oder ob Trinkvolumen und -frequenz bei Trinkenden mit der Einstellung korrelieren. Ebenso ist das Ergebnis in Bezug auf Geschlechtsspezifität der Alkoholeinstellungen zu werten: ein größerer Prozentsatz von Frauen stimmte Feststellungen zu, daß Trinken zu mehr Negativem als Positivem führt und daß Alkoholismus ein ernstes Problem darstellt.

WANBERG und KNAPP (1970), die 1657 männliche und 365 weibliche Alkoholikerpatienten mit einem Fragebogen untersuchten, fanden, daß die weiblichen Befragten eher zu der Meinung neigten, ihr Alkoholismus verschlimmere sich. Möglicherweise empfinden die Frauen wegen ihres Alkoholismus mehr Schuldgefühle als Männer, da in ihrer Rolle ein solches Verhaltensmuster stärker verpönt ist.

Nach der australischen Repräsentativuntersuchung (ENCEL und KOTOWICZ, 1960; ENCEL et al., 1971) scheinen die Trinkraten in den gesellschaftlichen Gruppen kaum mit der unterschiedlichen Permissivität gegenüber dem Trinken zu kovariieren, sondern es scheinen vielmehr differenzierte rollen- und situationsspezifische Normen zu bestehen, die von allen gesellschaftlichen Gruppen ziemlich einheitlich geteilt werden. ENCEL et al. legten ihren 823

Versuchspersonen fünf Bilder zur Beurteilung vor, die wie folgt deklariert wurden:

- 1) Arbeiter, die nach der Arbeit in einem Lokal trinken
- 2) Ein 18-Jähriger, der in einer Gaststätte aufgefordert wird, mehr zu trinken
- 3) Teenager von 18-19 Jahren, die auf einer Party trinken
- 4) Ein Ehemann, der einmal pro Woche spät und betrunken nach Hause kommt
- 5) Hausfrauen, die nach dem Einkaufen zu Hause zusammen etwas trinken.

Zwar zeigten sich zum Teil Unterschiede hinsichtlich der Permissivität, mit der das Trinken in diesen Situationen insgesamt von einzelnen Gruppen toleriert wurde, doch stimmten diese Unterschiede kaum mit den Trinkraten in diesen Gruppen überein. So waren die Einstellungsunterschiede hinsichtlich des Geschlechts relativ gering im Vergleich zu den großen Unterschieden hinsichtlich des Alkoholkonsums. Während etwa 70% der Männer, aber nur 30% der Frauen als Trinkende mit hoher Frequenz und Quantität klassifiziert wurden, waren die Frauen nur ganz geringfügig weniger permissiv in allen Situationen als die Männer. Bei Vergleichen anderer Gruppierungen fanden sich zum Teil Entsprechungen zwischen Trinkvolumen und Einstellung, z.B. aber auch sich genau entgegenlaufende Trends. Daher zeigten sich beim Vergleich der Antworten auf die einzelnen Bilder deutliche Unterschiede: Am meisten Übereinstimmung bestand in Bezug auf die Verurteilung des betrunkenen Ehemanns: 72% der Männer und 78% der Frauen drückten bedingungslose Mißbilligung aus. Ablehnung mit hohem Konsensus rief auch das Bild des 18-Jährigen hervor, der im Lokal zum Weitertrinken aufgefordert wurde (60% der Männer und 70% der Frauen bedingungslose Ablehnung). Dagegen wurde das Trinken des Arbeiters im Lokal von 80% der Männer und 76% der Frauen gebilligt, und zwar von 54% bzw. 42% bedingungslos. Hinsichtlich des Trinkens der Hausfrauen gab es dagegen weniger Permissi-

vität und weniger Konsensus. Die Mehrheit billigte es zwar (72% der Männer und 65% der Frauen), aber meist mit Einschränkungen, insbesondere bei den Frauen. Nach weiteren qualitativen Analysen der Antworten wurde bei der trinkenden Frau von vielen die Gefahr des Alkoholismus gesehen, nicht aber beim trinkenden Mann. Der betrunkene Ehemann galt vielen als unverantwortlich und rief besonders bei den Frauen vehemente Mißbilligung hervor, niemand aber sah ihn alkoholismusgefährdet.

Außer der Arbeit von ENCEL et al. gibt es meiner Kenntnis nach nur noch einige wenige kleinere Arbeiten, die situations- und rollenspezifische Normen wenigstens unsystematisch untersucht haben, z.B. JUPP (1969), FORSLUND und GUSTAFSON (1969), NOREN (1970). Ebenso wie ENCEL et al. fanden auch KNUFTER und ROOM (1967) geringere Unterschiede auf der Einstellungsebene als auf der berichteten Verhaltenssebene. Sie untersuchten Amerikaner irischer Abstammung, Protestanten und Juden, die sich erwartungsgemäß nach Quantität und Frequenz des Trinkens unterschieden (mehr mäßige Trinker, seltenere Betrunkene, weniger Abstinenzler bei den Juden), während sich die Iren am anderen Pol befanden und die Protestanten eine Mittelstellung einnahmen. Nach ihrer Einstellung zur Trunkenheit befragt, gaben 45% der Iren, 51% der Protestanten und 55% der Juden an, daß sie Betrunkene als völlig harmlos betrachteten, während 69, 75 und 61% einen Betrunkenen abscheuerregend fanden. Es sei allerdings möglich, daß diese große Übereinstimmung auf unterschiedliche Definition von Trunkenheit zurückzuführen ist: Juden scheinen hier ein niedriges Level zu haben. Aus einer anderen Untersuchung mit einer ähnlichen Stichprobe ergaben sich zum Teil größere Unterschiede: ein erheblich größerer Anteil der Juden mißbilligte Trunkenheit: 65% der Juden, 44% der Protestanten, 36% der Iren, aber etwas weniger gaben starke Mißbilligung an (15 vs. 17 und 17%).



Eine Möglichkeit, die Stärke des sozialen Druckes in Richtung Alkoholkonsum (wenn auch nicht hohen Alkoholkonsum) zu ermitteln, besteht in der Untersuchung von Attributionen, die in Bezug auf Nichttrinker vorgenommen werden, also in der Untersuchung der Abstinenzlerstereotypen. WIESER (1973) erhob dieses Stereotyp bei der Umfrage in der BRD mittels einer offen zu beantwortenden Frage. Die nachträgliche Kategorisierung der Antworten ergab, daß zwar ein Drittel der Befragten keine präzisen Angaben hierzu machen konnte oder wollte, daß aber bei den restlichen zwei Dritteln ein solches Bild sehr wohl besteht, obwohl nur die allerwenigsten je einen Abstinenzler persönlich gekannt haben. Die Antworten waren meist emotional wertender Art, wo bei die negativen Einstellungen überwogen. Es wurde hauptsächlich Ablehnung und Verachtung ausgedrückt, die jedoch in vielen Fällen von einem Beiwerk aus Anerkennung, Sympathie und Bewunderung begleitet waren.

Wenig beachtet wurde bisher in der Literatur die Rolle der Meinungsgeber, der Personen und Instanzen, die mehr oder weniger offen auf die Formung von Veränderung von Normen und Einstellungen einwirken.

Es liegen einige, meist historisch gehaltene Arbeiten über die Arbeit von Mäßigungsverbänden vor (siehe z.B. WAHL, 1966; RUMBERGER, 1968; HARRISON, 1968). Wir fanden dagegen keine Analyse des Einflusses von Massenmedien. PFAUTZ (1962) führte eine Inhaltsanalyse auf Alkoholthemen in amerikanischen Bestsellern der Zeiträume 1900 bis 1904 und 1946 bis 1950 durch. Alkohol, Trinken und Trunkenheit war generell ein sehr häufiges Thema. Es wurde in neuerer Zeit detaillierter beschrieben, und der Anteil positiver Referenzen nahm zu. Obgleich der Einfluß der Werbung auf die Alkoholeinstellungen ins Auge springend ist, konnten wir nur zwei Arbeiten zu diesem Thema finden. JOHANSON (1970) konstatiert, daß Erwachsene wahrscheinlich durch

Werbungen für alkoholische Getränke nicht affiziert würden, während Teenager und Abstinente für diese Verführung empfänglich seien. Delegationen von Mäßigungsverbänden in Schweden hatten von der Regierung den Bescheid bekommen, daß die Unterdrückung der Werbung für alkoholische Getränke eine nicht tolerierbare Einschränkung der Pressefreiheit darstelle. Die einzige empirische Untersuchung zu diesem Thema stammt ebenfalls aus Schweden. SÖDERLING (1969) zählte einen Monat lang die Alkoholreklamen in einigen größeren schwedischen Zeitungen und Zeitschriften. Er rechnete Prozentzahlen für die einzelnen Getränkearten aus.

#### 2.3.2.4. Alkoholdefinitionen bzw. -motivationen

Bei den Alkoholdefinitionen handelt es sich auf der individuellen Ebene um die Gründe, die jemand für sein Trinken angibt. Obgleich sie auch zu den Einstellungen und Meinungen zu rechnen sind, werden wir sie wegen ihrer Bedeutung gesondert abhandeln. Es werden hauptsächlich soziale und persönliche Gründe (zur Lösung innerer Spannungen usw.) unterschieden; hinzu kommen Geschmack, gesundheitliche Gründe und andere. Es muß betont werden, daß keineswegs etwas darüber ausgesagt wird, ob Alkohol bei dem Betreffenden den angegebenen Zweck auch erfüllt, was also dem Statement auf der Verhaltensebene entspricht. Die Variable wurde vor allem in amerikanischen Populations-Surveys häufig mit erfaßt. MULFORD und MILLER (1960b, 1960c) führten die erste systematische Untersuchung dieser Art mit einer Skala "Definitions of Alcohol" durch. Sie befragten eine repräsentative Stichprobe der erwachsenen Bevölkerung von Iowa, siebten aus ihr mittels einer Skala "Präokkupation mit Alkohol" 5% Alkoholiker heraus und kamen zu dem Schluß, daß die Rate an Alkoholikern in einem bestimmten sozialen Segment dem Ausmaß entspricht,

in dem in diesem Segment starkes Trinken wegen extremer persönlicher Effekte bewertet wird. Es scheint im übrigen nach dieser Untersuchung so zu sein, daß, wenn persönliche Gründe angegeben werden, diese zusätzlich zu den sozialen erwähnt werden. Persönliche Alkoholdefinitionen korrelierten sowohl mit dem Ausmaß des Trinkens wie mit der Stärke der Präokkupation mit dem Alkohol.

Zu ähnlichen Ergebnissen kamen KNUFFER et al. (1963) und CARMAN (1968, 1971). Auch EDWARDS et al. (1972) verwandten in ihrer Befragung in einem Londoner Vorort einen Fragebogen mit möglichen Trinkgründen, mit dem sie anschließend eine Faktorenanalyse durchführten und einen Faktor "ataraxic motivation" identifizierten, der dem utilitaristischen Erleichterungstrinken entspricht. Er wies eine signifikante Korrelation mit Trinkproblemen auf. 52% der als Problemtrinker identifizierten Personen hatten auf diesem Faktor einen Score von über .20, aber nur 6% der Restpopulation.

CAHALAN et al. (1969) verwandten eine 11-Item-Serie in der neueren amerikanischen Repräsentativbefragung. CAHALAN et al. nennen die Gründe der persönlichen Involviertheit "Fluchtgründe". Insgesamt wurden von der amerikanischen Stichprobe häufiger soziale als Fluchtgründe für wichtig angesehen. Auch hier zeigten sich starke Korrelationen zwischen Trinkvolumen und der Angabe von persönlichen Gründen. Männer und Frauen unterschieden sich dabei nicht wesentlich: 32% der Männer, 26% der Frauen gaben Fluchtgründe an. Obwohl weniger Frauen stark tranken, gaben doch mehr von denen, die so klassifiziert wurden, Fluchtgründe an (64% der stark trinkenden Frauen, 48% der stark trinkenden Männer wurden als Fluchttrinker klassifiziert), was mit den Ergebnissen von CISIN (1963) übereinstimmt. CAHALAN et al. meinen, daß hier eine Mischung folgender Einflüsse vorliegt:

(1) Die stark trinkende Frau hat häufiger spezielle Probleme, innere Spannungen oder Persönlichkeitsattribute, die sie zwingen, die Konvention durch starkes Trinken zu brechen. (2) Sie ist generell weniger konformistisch und gibt daher eher weniger sozial akzeptierte Trinkgründe an. (3) Sie hat einfach Probleme wegen ihres Trinkens. Zwischen den Schichten fand sich kein Unterschied in der Nennung von Fluchtgründen. Allerdings hatten stark trinkende Personen eher einen höheren Prozentsatz an Fluchttrinkern. Auch nach den Altersgruppen fanden sich praktisch keine Unterschiede hinsichtlich der Nennung von Fluchtgründen. Von den religiösen Subgruppen gaben die Juden den geringsten Prozentsatz an Fluchtgründen an, während Protestanten und solche ohne spezielle religiöse Bindung den höchsten Prozentsatz aufwiesen. Insgesamt waren Personen mit höheren Entfremdungswerten eher Fluchttrinker. In Übereinstimmung mit der "Cross-pressure"-Hypothese von KNUPFER et al. (1963) und deren Ergebnissen aus der Berkeley-Studie hatten vor allem solche stark trinkenden Personen persönliche Gründe für das Trinken, die aus Gruppen mit starken Sanktionen gegen starkes Trinken kommen: Frauen, Zugehörigkeit zu konservativ-protestantischen Religionen, solche deren Lehren das Trinken mißbilligen. Allerdings wurde die Hypothese nicht bestätigt für Personen, die im vorangegangenen Jahr Sanktionen oder Ermahnungen seitens ihrer Bezugspersonen wegen des Trinkens ausgesetzt waren.

ABU-LABAN und LARSEN (1968) fanden in Kanada ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Trinkstärke und persönlicher Alkoholdefinition. Sie konnten auch ihre Theorie untermauern, wonach vor allem Personen aus einem nonskriptiven Normhintergrund (permissive Normen, die dem Individuum selbst die Entscheidung überlassen), persönliche Alkohol-motivationen angeben, während solche von präskriptivem Normhintergrund soziale Motivation nennen, und solche aus

proskriptiven (Abstinenz-) Normen keine oder keine einheitliche Motivation abgeben. Auch er meint allerdings, daß es bei Abweichung von den Abstinenznormen zu persönlichen Alkoholdefinitionen kommt.

JESSOR et al. (1970) haben die unterschiedlichen Alkoholdefinitionen in einer transkulturellen Studie untersucht. Wie aus anderen, unsystematischen Arbeiten bekannt (vor allem LOLLI et al. 1952, 1953, 1953) besteht in Italien keine persönliche Alkoholdefinition, d.h. Italiener meinen nicht, daß der Alkohol zur akuten Linderung persönlicher Schwierigkeiten beiträgt. Sie halten ihn eher für ein Nahrungsmittel als für eine Droge, während in Amerika zumindest ein Teil der Bevölkerung eine persönliche Alkoholdefinition hat. JESSOR et al. untersuchten männliche Jugendliche aus Boston (79), Rom (94) und Palermo (108) mit verschiedenen Persönlichkeits- und Trinkfragebögen und einer 140-Item-Liste von Alkoholdefinitionen und stellten die Hypothese auf, daß die kulturellen Alkoholdefinitionen als Moderatorvariablen zwischen Persönlichkeitsattributen und Alkoholkonsum fungieren, genauer:

- niedrigere Erwartungen in der Erreichung hochbewerteter Ziele (Frustration)

- höhere Entfremdungswerte

- niedrigere selbstwahrgenommene Möglichkeit interner Kontrolle (Machtlosigkeit)

sind der Hypothese nach mit

- größerer Alkoholaufnahme (Quantität/Frequenz) und

- höherer Trunkenheitsfrequenz

gekoppelt, aber nur in der amerikanischen und nicht in den italienischen Stichproben und zwar aufgrund der unterschiedlichen Alkoholdefinitionen. Die Ergebnisse der sehr gut kontrollierten Untersuchung fielen der Hypothese entsprechend aus. Dabei ist zu beachten, daß die italienischen Versuchspersonen sogar höhere Werte in Bezug auf

Frustration, Entfremdung und Machtlosigkeit aufwiesen als die amerikanischen. Dennoch fand sich bei ihnen keine bzw. eine nicht signifikante umgekehrte Beziehung zwischen den Persönlichkeitsvariablen und Trinkvorkommen.

In Frankreich, einem Land mit hohem Alkoholismusvorkommen soll folgende Meinung vorherrschen: Man glaubt, daß Alkohol einen Stärkungswert hat und für die Aufrechterhaltung prolongierter Muskelanspannung nötig sei (ANDERSON, 1968; FRÉOUR et al., 1969). Wiewohl diese Einstellung von 1948 an erheblich abgenommen hat, glaubten nach einer Umfrage (N = 100) in Bordeaux 1967 noch 59% (1948: 79%) an den Stärkungswert und 55% (1948: 95%) glaubten, daß Wein für ungelernte Arbeiter unbedingt notwendig sei. Immerhin glaubten auch 79%, daß ein abstinenter Sportler genauso gut oder sogar besser sein könnte als einer, der Wein trinkt (FRÉOUR et al. 1969).

SARGENT (1971) überprüfte die Theorie von BALES in Australien mit chinesischen, jüdischen und australischen Studenten und einer Studentengruppe in Japan. Sie überprüften zunächst die Annahme, daß diese ethnischen Gruppen die Alkoholdefinitionen von BALES repräsentieren; Australier: utilitaristisch, Juden: rituell, Chinesen: halb-abstinenter, Japaner: sozial (siehe HIRAYAMA et al., 1970). Die Ergebnisse stimmten bis auf die Juden mit den Erwartungen überein: diese nannten in gleicher Häufigkeit persönliche, utilitaristische Gründe für das Trinken. Erwartungsgemäß variierte der Anteil an "starken Trinkern" in den Populationen entsprechend, und zwar in absteigender Reihenfolge: Australier, Japaner, Chinesen und ebenso die Rate an Problemtrinkern. Auch hier fielen die Raten für die Juden höher als erwartet aus, bei den jüdischen Frauen waren sie sogar höher als bei den australischen. Die Juden hatten aber den höchsten Anteil am Drogengebrauch. SARGENT glaubt, daß die Juden Akkulturationseinflüssen erlegen sind.



Nach der qualitativen Analyse von Reaktionen auf Bilder von Trinksituationen (ENCEL und KOTOWICZ, 1970; ENCEL et al., 1971) scheint in Australien eine utilitaristische Alkoholdefinition bei weitem vorherrschend zu sein, dabei scheint es aber eine doppelte Moral zu geben. Beide Geschlechter meinen zwar, daß die Funktion des Alkohols vor allem in der Spannungserleichterung usw. bestehe, beide aber gestehen dieses Mittel nur dem Mann, nicht aber der Frau zu. Man meint, daß der Mann diese Gratifikation verdient habe, während bei der Frau das Trinken eher als Alkoholismusgefahr gesehen wird.

MÄKÄLÄS (1970, 1971) Bevölkerungsbefragung von 1823 Finnen erbrachte ein Überwiegen der utilitaristischen Alkoholdefinition (Alkohol als Medizin gegen psychologischen Stress und körperliche Spannung) in der Unterschicht, während die Mittelschicht ihr Trinken eher durch soziale Normen und Rituale rechtfertigte. Gleichzeitig unterschieden sich die Schichten nicht hinsichtlich des Alkoholverbrauchs (Frequenz/Quantität) und der Alkoholismusinzidenz, wohl aber hatten Angehörige der Unterschicht eine größere Anzahl von Problemen aufgrund des Trinkens und häufigere Trunkenheitsarretierungen.

#### 2.3.2.3. Einstellungen gegenüber Alkoholikern

Empirische Untersuchungen zur Labeling-Theorie liegen bis jetzt nur in Nachweisen vor, daß überhaupt - meist negative - Einstellungen und Stereotypen bestehen, und zwar einerseits in der Öffentlichkeit, andererseits bei Personen, die berufsmäßig mit Alkoholikern zu tun haben. Welche Auswirkungen diese Stereotypen und Einstellungen für die Entstehung und Entwicklung von Trinkproblemen und Alkoholismus haben, läßt sich meist nur indirekt erschließen.

In den USA hat eine Reihe von öffentlichen Meinungsumfragen in den letzten Jahren gezeigt, daß die Alkoholiker neuerdings auf eine breite Akzeptierung als Personen, die unter einer Krankheit leiden, stoßen (MULFORD und MILLER, 1964; HABERMAN und SHEINBERG, 1969; VERDEN et al., 1969; MUELLER und FERNEAU, 1971). Allerdings wurde von verschiedenen Autoren bezweifelt, ob diese Einstellung besonders tiefgehend ist. (JELLINEK, 1960; MULFORD und MÜLLER, 1961). MULFORD und MILLER (1964) wiesen nach, daß die Akzeptierung des Krankheitskonzepts keineswegs eine Aufgabe des moralistischen, ablehnenden Konzepts zu bedeuten braucht. Zwar definierten 65% ihrer repräsentativen Stichprobe von 1.213 Erwachsenen der Bevölkerung von Iowa den Alkoholiker als krank, 31% aber bezeichneten den Alkoholiker gleichzeitig als willensschwach und als krank, nur 24% akzeptierten allein das Krankheitskonzept. Aus der Umfrage von HABERMAN und SHEINBERG (1969) in New York geht hervor, daß die Akzeptierung des Krankheitskonzepts für den Alkoholismus keineswegs bedeutet, daß auch in einer Trinksituation pathologisches Trinkverhalten als krank angesehen wird. LINSKY (1970) untersuchte bei einer Bevölkerungsumfrage von 305 Personen in Vancouver die Meinungen über die Ätiologie des Alkoholismus: 16% bekannten sich zu einem soziologischen Konzept, 8,5% zu einem moralischen, etwa 56% zu verschiedenen psychologischen Konzepten und 19% meinten, daß der Alkohol selbst und die Trinksitten verursachend seien. Allerdings werden wie GOLDENBERG et al. (1968) für argentinische Bevölkerungsgruppen nachweisen konnten, dem Alkoholismus als abstraktem Konzept mehr verständnisvolle Einstellungen entgegengebracht als dem Alkoholiker. (Dort sahen 7 bis 20% der verschiedenen Bevölkerungsgruppen Alkoholismus als Krankheit an, 58-67% dagegen sahen ihn als Laster.)

Damit mag zusammenhängen, daß das Ausmaß des persönlichen Kontakts mit Alkoholikern meist nicht mit den Einstellungen gegenüber Alkoholismus, Alkoholikern und Behandlung korreliert (McCARTHY und FAIN, 1959; MULFORD and MILLER, 1961; GOLDENBERG et al., 1968; LINSKY, 1970), so daß die positiven abstrakten Meinungskundgaben eventuell kaum die tatsächlichen Reaktionen im täglichen Leben gegenüber Alkoholikern wiedergeben.

Immerhin geben Personen, die ein Krankheitsmodell befürworten, nach MULFORD und MILLER (1961, 1964) auch eher an, daß sie bei einem Trinkproblem einen Experten (Arzt usw.) aufsuchen würden, und daß sie es mit Freunden diskutieren würden.

BLIZARDS (1969, 1971) Befragung einer Zufallsstichprobe in Neuseeland ergab, daß dort 40% interpersonellen oder persönlichen Stress für die Ursache des Alkoholismus halten, 2% ihn als erbliche Krankheit sehen, und nur 33% ein moralisches Konzept vertraten. Dennoch lehnte die ganz überwiegende Mehrheit jeden engeren und fortlaufenden Kontakt mit einem Alkoholiker ab, die meisten wollten weder mit ihm arbeiten noch ihn als Nachbarn haben. Nach BLIZARD (1971) können die Neuseeländer zwar körperlich und geistig Kranken die Krankenrolle zugestehen, nicht aber den Alkoholikern. Ablehnende Attitüden und Ausschluß von sozialem Kontakt sind auch aus Japan bekannt (ANDO und HASEGAWA, 1970).

Daß das Krankheitsmodell des Alkoholismus tatsächlich eine positivere Einstellung als ein moralisches Modell bewirkt, wird neuerdings bestritten. BAILEY (1968) fand, daß ein Trainingskurs, in dem Alkoholismus als psychosomatische Krankheit propagiert wurde, bei Sozialarbeitern einige negative Attitüden gegenüber Alkoholikern zunehmen ließ. RULE und BESIER (1973) verglichen die Wirkung des Krankheitsmodells mit der Wirkung eines Mo-

dells, in dem dem Alkoholiker Eigenverantwortung für die Änderung seines Verhaltens zugeschrieben wird (ohne moralische Verurteilung). Die Modelle wurden als Videoaufnahmen von Arzt-Patient-Gesprächen präsentiert. Das Krankheitsmodell rief bei den Beobachtern weniger günstige Eindrücke und geringere Grade der Sympathie hervor. Das Verhaltensmodell mit Eigenverantwortung rief aber nur dann stärkere Sympathie und günstigere Eindrücke hervor, wenn dabei die Bezeichnung Alkoholiker (ohne Erwähnung einer Krankheit) verwendet wurde.

In der BRD wurden von WIESER (1968) bei der Repräsentativbefragung in der Bremer Bevölkerung offene Fragen zum Stereotyp des Trinkers gestellt, die in qualitative Kategorien unterteilt wurden. Danach besteht hier ein ausgesprochen negatives Stereotyp, obgleich 64% der Befragten angaben, keinen Alkoholiker persönlich zu kennen, und der Rest meist nur sehr oberflächliche persönliche Kenntnis hatte. Der Trinker erscheint hier nach WIESER als ein Mensch, der ständig oder überwiegend betrunken oder zumindest angetrunken ist, in diesem Zustand ausgesprochen abstoßend wirkt und die Kontrolle über sein Verhalten verloren hat. Nur 22% der Befragten nannten auf die Frage, wann sie jemanden als Trinker bezeichnen würden, Süchtigkeit oder Abhängigkeit vom Alkohol. Als Folgeschäden wurden in erster Linie körperliche genannt, soziale und psychische folgten erst in weitem Abstand.

Auch bei der größeren Umfrage in der BRD erhob WIESER (1973) verschiedene Merkmale der Einstellung zum Alkoholiker. Eine frei zu beantwortende Frage galt dem Alkoholiker als sozialem Störfaktor. Etwa die Hälfte der Befragten fühlte sich am stärksten durch Verhaltensmerkmale wie Unzuverlässigkeit, Unverantwortlichkeit, Unberechenbarkeit des Alkoholikers gestört. Weitere 33% erwähnten an erster Stelle abstoßende, unästhetische physiognomische Merkmale (wie Fahne, Geruch, Ungepflegtheit) und weitere 10% fühlten sich aggressiv bedroht.

Die Bereitschaft zur sozialen Distanzierung bzw. Akzeptierung von Alkoholikern wurde anhand einer 6-stufigen Bogardusskala ermittelt. Nur zwei Prozent der Befragten gaben keinerlei soziale Distanzierung vom Alkoholiker an. Die übrigen wollten ihm - in absteigender Reihenfolge - **n i c h t** ihre Kinder anvertrauen (67%), eine Einheirat dulden (48%), persönlichen Kontakt zu ihm haben (47%), ihn als Arbeitnehmer beschäftigen (26%), ihn als Chef akzeptieren (16%), eine Wohnung an ihn vermieten (9%). Im Ganzen steht also - nach WIESER - die Familie im Vordergrund der Überlegungen, wenn es darum gehe, den Alkoholiker auf soziale Distanz zu halten bzw. zu bringen.

In der BRD scheint also ein der Labelingtheorie entsprechender Prozeß der negativen Stereotypisierung und des sozialen Ausschlusses des Alkoholikers stattzufinden.

Nach Untersuchungen in anderen Ländern variierten die Einstellungen gegenüber Alkoholikern und Alkoholismus mit Persönlichkeitsvariablen (STRASSBURGER und STRASSBURGER, 1965) und der Zugehörigkeit zu bestimmten gesellschaftlichen Gruppen, und zwar scheinen hier vor allem höheres Ausbildungsniveau, jüngeres Altern, nicht protestantische Religionszugehörigkeit, Ausmaß des Kontakts mit Massenmedien mit größerer Toleranz bzw. Akzeptierung des Krankheitskonzepts einherzugehen (MULFORD und MILLER, 1961; NEGRETTE, 1970; LINSKY, 1970; GOLDENBERG et al., 1966, MUELLER und FERNEAU, 1971). LINSKY (1970, 1971) führt die Einstellungsänderung und Gruppenspezifität vor allem auf die Massenmedien zurück. Er zog eine Zufallsstichprobe aus amerikanischen Zeitungs- und Zeitschriftenartikeln über Alkoholismus über die Jahre 1900 bis 1966 und führte damit eine Inhaltsanalyse durch. Er ordnete die dort vertretenen ätiologischen Theorien nach den Ursachendimensionen extern-intern und naturalistisch-moralistisch und deren Kombinationen. Die Ergebnisse zeigen,

daß die Diskussion im Laufe der Jahre immer weniger moralistisch wurde, gleichzeitig aber die Gründe eher intern attribuiert wurden. Zu den späteren Jahren überwoogen die psychologisch-biologischen Erklärungen, wenngleich sich seit 1940 ein Anwachsen der soziologischen beobachten läßt.

Ein besonderes Interesse fanden Einstellungen von Personen, die beruflich mit Alkoholikern zu tun haben, da ihnen nicht nur als "Opinionleader" ein großer Einfluß auf die Meinungen auf diesem Gebiet zugesprochen wird, sondern auch weil sie - nach der Etikettierungstheorie - am Labelingprozeß in erheblichem Maß beteiligt sind. Hier wird die Abhängigkeit der Wissenschaft von sozialen Prozessen sichtbar.

Es liegen vor allem Untersuchungen über Ärzte vor. BLANE et al. (1963) analysierten anhand der schriftlichen Äußerungen von 15 Ärzten eines Allgemeinkrankenhauses, wovon diese sich wohl leiten ließen bei der Stellung der Diagnose Alkoholismus und bei Überweisung in ein spezielles Alkoholtherapieprogramm. Die Patienten gehörten der Unterschicht und der unteren Mittelschicht an. Alle waren nach der Diagnose von Fachleuten Alkoholiker. Es ergab sich, den Hypothesen entsprechend, daß nach den Diagnosen und Handlungen der untersuchenden Ärzte zu urteilen in deren Sicht Alkoholiker, die physisch relativ gesund, aber sozial desintegriert waren, tatsächlich als Alkoholiker galten, während die Alkoholiker mit überwiegend organischen Störungen, aber relativ großer sozialer Intaktheit bei ihnen nicht als Alkoholiker galten. Das heißt, die Patienten, die dem Projekt überwiesen wurden, und die häufiger die Diagnose Alkoholismus erhielten, entsprachen am ehesten dem "Skid-Row"-Stereotyp.



WOLF et al. (1965) führten bei diesen Ärzten eine Nachuntersuchung mit einem halbstandardisierten Interview zur Erkundung der Einstellungen durch. Nach den mehr qualitativen Ergebnissen leisteten die Ärzte zwar ein Lippenbekenntnis zum Krankheitskonzept und zum Vorkommen des Alkoholismus in allen Bevölkerungsgruppen, verhalten sich aber in ihrer Diagnose so, daß sie Alkoholiker, die nicht in das Stereotyp des heruntergekommenen Unterschichtangehörigen passen, nicht erkennen. Aus der Untersuchung von SCHMIDT et al. (1968) geht hervor, daß Psychiater die Prognose bei Alkoholikern der Unterschicht für ungünstiger hielten, und daß sie dazu neigten, diesen eher eine medikamentöse als eine psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen.

Der Therapiepessimismus bei Ärzten scheint auch insgesamt gegenüber Alkoholismus verbreitet zu sein (MOGAR et al., 1969; KNOX, 1971; BAILEY, 1968). Andererseits scheinen sie das Angebot eines Therapieprogramms in der Klinik als Überweisungsmöglichkeit zu begrüßen (DUNN und CLAY, 1971). Neuere Arbeiten von KNOX (1969, 1971) aus den USA lassen darauf schließen, daß dort bei den Psychologen und Psychiatern das Krankheitskonzept inzwischen durch das Verhaltenskonzept abgelöst wird. Jedenfalls sprachen sich von 435 Psychiatern und 480 Psychologen (alle in Kliniken angestellt) die überwiegende Mehrheit gegen das Krankheitskonzept aus und charakterisierten Alkoholismus statt dessen als Verhaltensproblem, Symptomkomplex oder Fluchtmechanismus.

Dagegen befürworteten bei einer Umfrage von BAILEY (1968) in New York bei 731 Internisten, Psychiatern und praktischen Ärzten 41% das Krankheitskonzept, 72% glauben, daß Alkoholismus ein Symptom zugrundeliegender emotionaler Probleme sei, und 21% akzeptierten die Formulierung, daß Alkoholismus eine selbst hervorgerufene Bedingung sei, die aus persönlicher Schwäche resultiere.

In Frankreich wie in Spanien scheint bei den Ärzten Alkoholproblemen gegenüber vor allem Desinteresse vorzuherrschen (GODARD, 1970, CARRASCO, 1968). Das hängt wahrscheinlich mit der weiter oben vermuteten geringen Problematisierung und großen sozialen Billigung des Alkoholtrinkens in diesen Ländern zusammen. Ein Alkoholikerstereotyp existiert dort wahrscheinlich gar nicht, jemand, der sehr viel trinkt, gilt wahrscheinlich nicht als problematische Person.

Aus der BRD berichten BOCHNIK et al. (1967) über eine Umfrage bei 181 niedergelassenen Nervenärzten über das Sozialprestige 21 verschiedener Krankheiten. Das niedrige Prestige des Alkoholismus wurde danach nur noch von den Geistes- und Geschlechtskrankheiten übertroffen. Der Alkoholrausch wurde insgesamt weniger ungünstig bewertet. Altersabbau und Epilepsie lagen hier in der Bewertung niedriger. Bei der Bewertung des Alkoholrausches ergab sich die größte Streuung der Urteile, d.h. es bestand die größte Uneinigkeit in der Prestigezuordnung. Dagegen wies die insgesamt sehr negative Bewertung des chronischen Alkoholismus eine geringe Streuung auf. Laut BOCHNIK et al. sind diese Ergebnisse mit denen einer Umfrage unter Studenten fast identisch.

Bei den professionellen Gruppen wurden in den USA auch bereits Persönlichkeitsvariablen und deren Beziehung zu Einstellungen untersucht. Demnach scheinen Ärzte (MENDELSON et al., 1964; GRAY et al., 1969) und Schwestern (MOODY, 1971) umso eher für eine Verwahrung anstatt einer aktiven Therapie zu plädieren bzw. die Behandlung abzulehnen, je autoritärer sie sind. Ebenso scheint Dogmatismus (TEED, 1968) eher mit der Befürwortung legaler Maßnahmen und ablehnenden Attributen verbunden zu sein. ROBINSON und PODNOS (1966) fanden, daß bei Psychiatern Gefühle der Frustration, des Ärgers und des Ungenügens im Umgang mit solchen Patienten mit der Scheu sie zu behandeln korre-

lieren. Bei Sozialarbeitern soll die Attribution der Krankenrolle davon abhängen, wieviel Wert für die Gesellschaft den betreffenden Patienten beigemessen wird. Die Attitüden sind auch bei den Professionellen mit den üblichen sozialen Daten (Alter, Schicht, Geschlecht) sowie eigenen Trinkerfahrungen und -einstellungen korreliert worden (CHALFANT, 1970); MOODY, 1971; SOVOROW et al., 1972). Doch scheint die berufliche Stellung die Haltung gegenüber Alkoholikern mehr zu beeinflussen als die einfachen demographischen Daten es tun (MACKEY, 1969).

Über eine positive Korrelation zwischen dem Ausmaß des Wissens und akzeptierenden Einstellungen gegenüber Alkoholikern berichtete CHODORKOFF (1967). WILLIAMS (1962) fand dagegen keine signifikante Beziehung. MORRISON (1966) fand, daß das Wissensniveau von Krankenschwestern die Erwartungen der Patienten bezüglich des Verhaltens der Schwestern vorhersagen ließ.

Über die Auswirkung der gesellschaftlichen Einstellungen und Reaktionen, insbesondere auf die Betroffenen, läßt sich, wie oben angedeutet, bis jetzt nur Vages vermuten. RUBINGTON (1970) untersuchte die Verweildauer in Rehabilitationsheimen und fand, daß Alkoholiker, die mehr negative soziale Reaktionen zu spüren bekommen hatten (z.B. Gefängnisstrafen) weniger lange blieben als solche mit überwiegend positiven Reaktionen auf ihren Alkoholismus (z.B. klinische Betreuung). MOGAR (1969) fand bei verschiedenen Klinikpopulationen eine Kongruenz zwischen Betreuungsstab und Patienten hinsichtlich ihrer Alkoholismusattitüden (Pessimismus und Krankheitskonzept), wobei aber die Patienten generell etwas pessimistischer und moralistischer waren. REINEHR (1969) dagegen fand bei 50 Alkoholikerpatienten und deren 16 Therapeuten, daß die Beschreibungen der Patienten anhand einer Adjektivliste durch die Therapeuten eher negativ und kritisch

ausfielen, während die Selbstbeschreibungen der Patienten eher günstig und akzeptierend waren.

#### 2.3.2.5. Akute Alkoholwirkung

Wir beschränken uns hier auf die Darstellung derjenigen Aspekte des akuten Alkoholeffekts, die von den oben dargestellten Theorien als alkoholismusbedingend angesehen werden, lassen also z.B. die Wirkung auf motorische oder intellektuelle Funktionen aus.

##### 2.3.2.5.1. Wirkung auf die subjektive Befindlichkeit

Wie im theoretischen Teil erwähnt, galt für viele Theorien lange Zeit die selbstverständliche, unüberprüfte Annahme, daß Alkohol euphorisierend wirke und einen vorübergehend mildernden Effekt auf alle negativen Befindlichkeiten habe (wie z.B. auf Angst, Spannung, Depression). Diese Annahme ist in den letzten Jahren vor allem aufgrund experimenteller Befunde stark ins Wanken geraten. Befragungsergebnisse gibt es hier kaum.

CAPPELL und HERMANN (1972) legten eine kritische Übersicht über die empirischen Arbeiten zur Spannungsreduktion einschließlich der Tierversuche vor. Aus der Lerntheorie abgeleitet müßten sich spannungslösende Wirkungen des Alkohols vor allem in Veränderungen von Vermeidungs- und Fluchtverhaltensweisen zeigen (Abnahme, Unterbrechung, Extinktion oder mangelhafter Neuerwerb dieser Reaktionsweisen). Die von CAPPELL und HERMANN (1972) referierten Tiereperimente auf diesem Gebiet unterstützen jedoch kaum die Spannungsreduktionshypothese, die Ergebnisse sind zu einem großen Teil negativ oder widersprüchlich.

Die berühmt gewordenen Experimente von MASSERMANN et al. (1945) und CONGER (1958) zur konfliktlösenden Wirkung des Alkohols bei experimentell erzeugten Tierneurosen wurden zwar weitgehend bestätigt, es liegen aber kaum Untersuchungen beim Menschen vor, wenngleich die konfliktlösende Wirkung des Alkohols auch hier theoretisch diskutiert wird (siehe z.B. FREED, 1968). VOGEL-SPROTT (1967 a, b) versuchte das Konflikt-Paradigma beim Menschen zu untersuchen. In einem ersten Experiment wurden Reaktionen, mit denen man kleine Geldbeträge erhalten konnte, durch Bestrafung mit Elektroschock unterdrückt. Alkoholgaben (etwa 0,63 g/kg) hoben diese Unterdrückung nicht auf. Daher wurde ein zweites Experiment mit verstärkter Schockintensität und häufigeren Bestrafungen durchgeführt. Unter diesen Bedingungen ließ Alkohol die ursprünglichen Reaktionen in stärkerem Ausmaß wieder hervortreten als Placebo-Gaben. VOGEL-SPROTT führt das auf den erhöhten Konflikt beim 2. Versuch zurück. Bei der Reduktion des Unterdrückungseffekts von Strafreizen in einer Konfliktsituation durch Alkohol wurden individuelle Differenzen festgestellt.

Ein anderes experimentelles Mittel zur Überprüfung der angst- oder spannungsreduzierenden Wirkung des Alkohols ist die Einführung von stressenden (id est angst-erzeugenden) Bedingungen. FORNEY UND HUGHES (1961, 1965) und HUGHES et al. (1963) wählten verzögerte auditive Rückkoppelung als Stressor und stellten ihren Vpn unter dieser Bedingung und unter Kontrollbedingungen verschiedene Rechenaufgaben. Alkohol verbesserte weder die verbale Flüssigkeit unter DAF noch die übrigen Leistungen. Daraus schlossen die Autoren, daß Alkohol nicht als Tranquilizer angesehen werden kann. KORMANN et al. (1960) kamen dagegen mit der Einführung von Stress (Androhung elektrischer Schläge) bei Normal-Vpn zu etwas günstigeren, wenn auch nicht ganz eindeutigen Ergebnissen. Ohne

Stress bewirkte Alkohol eine Verschlechterung des Lernens sinnloser Silben, mit Stress zeigte sich lediglich bei den stärksten Stressgraden eine Verbesserung der Leistung unter Alkohol.

Häufig wurde die Angst und Spannung und ihre Veränderung auf Alkohol auch an psychophysiologischen Indikatoren (z.B. basale Hautleitfähigkeit, "GSR" und galvanische Hautreaktion "CSR") gemessen. (CARPENTER, 1957; GREENBERG und CARPENTER, 1957; LIENERT und TRAKEL, 1949; COOPERSMITH, 1964; COOPERSMITH und WOODROW, 1967; MCGONELL und BEACH 1968, GARFIELD 1963; GARFIELD und McBREARTY, 1970). Bei diesen Messungen ist allerdings nicht klar, ob sie tatsächlich Angst oder Spannung messen oder aber z.B. Aufmerksamkeit, und ob nicht eine nichtmonotone Beziehung zur Angst (gemessen an Selbsteinschätzungen) vorliegt.

Die Ergebnisse sind widersprüchlich. So fanden MCGONELL und BEACH (1968) - wie nach der Angst-Spannungs-Reduktions-Hypothese zu erwarten - nach Alkoholgaben eine Reduktion der Amplitude einer konditionierten GSR, die Größe der unkonditionierten GSR unterschied sich jedoch nicht bei Alkohol- und Placebogruppen. GARFIELD (1963) fand wider Erwarten ein Ansteigen der BSC-Werte nach Alkohol. Dieses war aber dosisunabhängig. Die Größe des Unterschieds von GSR-Werten auf neutrale und aversive Stimuli nahm zwar erwartungsgemäß nach Alkohol ab, die Ergebnisse erwiesen sich aber als nicht-signifikant. Der biochemische Nachweis der angstsenkenden Wirkung des Alkohols von FLEETWOOD und DIETHELM (1951) konnte bis jetzt nicht wieder eingebracht werden.

Auch projektive oder selbstbeschreibende Messungen affektiver Zustände lassen bis jetzt keine klaren Aussagen über die angstspannungsreduzierende Wirkung des Alkohols zu. KALIN et al. (1968) veranstalteten Cocktailparties



(mit alkoholischen und nicht-alkoholischen Getränken) und Gruppendiskussionen mit Collegestudenten. Ihre Daten rekrutierten sie hauptsächlich aus TAT-Antworten. Alkohol zeigte keinen Effekt auf Angstmessungen in den Diskussionssitzungen, wohl aber bei den experimentellen Parties, allerdings erst nach fünf oder mehr Drinks. Dagegen zeigte sich bei WILLIAMS (1966), der ebenfalls Studentenparties mit Alkohol veranstaltete (aber ohne Kontrollgruppen) zwar bis zu 4 Drinks eine Abnahme der Angst- und Depressionswerte in Adjektivlisten, der aber ein Wiederansteigen bis zum Ausgangsniveau bei größeren Dosen folgte. HOLLISTER und GILLESPIE (1970) fanden bei Anwendung der Mood Adjective Check List nach Alkohol lediglich ein Ansteigen der Benommenheit und eine Abnahme der Aktivität. JONES und STONE (1970) fanden bei regelmäßigen Marihuana-verwendern unter Alkohol eine dysphorische Stimmungsveränderung. Wir haben bisher ausschließlich Untersuchungen an "Normal-Vpn", also Nicht-Alkoholikern, referiert und gesehen, daß eine generelle angst- oder spannungslösende Wirkung des Alkohols sich experimentell nicht belegen läßt. Vermutlich spielen kognitive und situative Faktoren hier eine größere Rolle als die direkte Wirkung des Alkohols. In Bezug auf Alkoholiker wird in der allgemeinen Meinung gewöhnlich angenommen, daß diese ebenso auf Alkohol reagieren wie Nicht-Alkoholiker, bzw. sogar daß gerade sie am meisten vom Alkohol profitieren. Wohl bedingt durch dieses festgelegte kulturelle On-dit dauerte es bis zum Jahre 1964, daß man erstmals diese Hypothesen an alkoholisierten Alkoholikern zu untersuchen begann, während man bis dahin lediglich Berichte von Alkoholikern in nüchternem Zustand hatte. Dieser Pionierarbeit von MENDELSON et al. (1964) sind in den letzten Jahren eine ganze Reihe zum Teil sehr ausgeklügelter und aufwendiger Experimente gefolgt, die überraschende Ergebnisse brachten. Alle weisen

darauf hin, daß gerade Alkoholiker stimmungsmäßig am wenigsten vom Alkohol zu profitieren scheinen, daß der euphorisierende Effekt des Alkohols bei ihnen, wenn überhaupt, dann nur kurzfristig auftritt, während es bei längerer Intoxikation eher zu Depressions- und Angstzuständen kommt (MENDELSON et al., 1964; MUELLER 1965; McGUIRE et al., 1966; MAYFIELD und ALLEN, 1967; MAYFIELD und COLEMAN, 1968; MAYFIELD, 1968; RYBACK, 1969; VANICELLI, 1970, 1972).

MENDELSON und seine Mitarbeiter (MENDELSON, 1964, MENDELSON et al., 1964) beobachteten 10 Alkoholiker in einem programmierten Trinkparadigma auf einer alkoholisierten Klinikstation. Während der auf 24 Tage limitierten Trinkperiode zeigte eine Vp bereits in den ersten Tagen starke Depressionen, und im Verlauf der Zeit wurden die meisten Vpn depressiv, hyperaggressiv und zeigten eine allgemeine Aktivitätsabnahme. Alle Vpn äußerten beträchtliche Ambivalenz über ihr Trinken. Dieselbe Forschergruppe (McNAMEE et al., 1968) bestätigte diese Ergebnisse bei einer Gruppe von 14 Vpn, die über mehrere Tage an einer operanten Vigilanzaufgabe für ihren Alkohol arbeiten konnten. Sowohl Verhaltensbeobachtungen wie Interviews, die in der Baseline-Periode ohne Alkohol und in der Trinkperiode erhoben wurden, zeigten, daß es bei 9 Vpn vom zweiten oder dritten Trinktag an zu einer ausgeprägten Zunahme von Angst und Depression kam, die im Laufe der Trinkperiode noch zunahm. Man fand eine Beziehung zwischen der Menge des getrunkenen Alkohols und der Stärke der Angst und Depression. Dennoch wurde in keinem Fall das Trinken freiwillig aufgrund dieser unangenehmen Stimmungsänderungen unterbrochen.

Inzwischen wurde auch die unter Alkohol selbst wahrgenommene Stimmungsänderung genauer untersucht. KEEHN (1970) führte eine retrospektive Studie durch, indem er 48 Alkoholiker Extraversions- und Neurotizismusskalen ausfüllen

ließ und zwar wechselweise unter der Vorstellung, sie hätten etwas getrunken, und sie wären nüchtern. Ein Teil zeigte keine Veränderung auf diesen Skalen, ein anderer Teil reagierte zwar mit höheren Extraversions- aber auch mit höheren Neurotizismuswerten. In einer ebenfalls retrospektiven Studie von BLUME und SHEPPARD (1967) sollten Alkoholiker ihre Befindlichkeit in nüchternem und angetrunkenem Zustand einschätzen und zwar für die Lebensperiode, bevor sie Alkoholprobleme hatten, und für die Periode direkt vor der Hospitalisierung. Die Alkoholiker berichteten über Persönlichkeitsstörungen wie mangelndes Selbstvertrauen, Aggressionshemmungen und Sensitivität, die sich in der frühen Periode durch Alkohol besserten. In der späteren Periode erwähnten sie jedoch auf Alkohol hin ein Ansteigen der Depression und eine Abnahme aller Aktivitäten. Bei CUTTER (1969) zeigten Alkoholiker im Gegensatz zu Normaltrinkern einen Anstieg des Konfliktverhaltens, wenn sie gerade etwas Alkoholisches getrunken hatten.

Unklar ist die Auswirkung des Trinkens von Alkohol auf das Selbstkonzept. VANDERPOOL (1969) fand, seiner Ausgangshypothese widersprechend, bei Alkoholikern eine Verschlechterung ihres Selbstkonzepts unter Alkohol. BERG (1971) stellte bei seinen Alkoholiker-Vpn eine Verbesserung des Selbstkonzepts unter Alkoholwirkung fest, während Nicht-Alkoholiker unter Alkohol eine Änderung des Selbstkonzepts in die negative Richtung zeigten. Die Stimmungsverschlechterung unter Alkohol wird von Alkoholikern aber nicht oder nur lückenhaft erinnert und entspricht nicht ihren Erwartungen vor dem Trinken (McNAMEE et al., 1968; VANICELLI, 1970). Neuere Erklärungsversuche für dieses Paradoxon (siehe z.B. MELLO, 1972) gehen dahin, daß es unter Alkohol zu spezifischen Gedächtnisstörungen kommt, die es unmöglich machen, das

eigene Befinden und Verhalten unter Alkohol in nüchternem Zustand adäquat zu erinnern, was als Dissoziationsphänomen oder "State-dependent-learning" beschrieben wird (McGUIRE et al., 1966; McNAMEE et al., 1968; RYBACK, 1970 a, b, 1971; TAMERIN und MENDELSON, 1969; TAMERIN et al., 1970, 1971; GOODWIN et al., 1969 a, b).

### 2.3.5.2. Wirkung auf soziale Verhaltensweisen

#### 2.3.5.2.1. Wirkung auf die Sexualität

Obwohl von sehr vielen Autoren und z.B. in fast allen Lehrbüchern der Pharmakologie und der klinischen Psychologie ständig behauptet, daß Alkohol sich auf die Sexualität auswirkt und die Aggressivität erhöht, sind die experimentellen Beweise dafür als äußerst gering zu veranschlagen. Die nun folgende Darstellung lehnt sich im wesentlichen an die Zusammenfassung von CARPENTER und ARMENTI (1972) an.

Als GANTT (1952) konstatierte "Shakespeare is still the chief authority for the effect of alcohol on sexual activity" faßte er damit die wissenschaftliche Kenntnis auf diesem Gebiet zusammen. In der Tat wird von vielen Autoren auf einen Dialog in Macbeth Bezug genommen, wonach Alkohol das sexuelle Verlangen steigert, aber die Fähigkeit reduziert. Wenn das auch die Meinung der Laien und der Wissenschaft widerspiegelt, so gibt es doch auf diesem Gebiet ein erstaunliches Vakuum an objektiven Daten (GANTT, 1952; CARPENTER und ARMENTI, 1972).

Es gibt nur einige wenige Arbeiten, die die Wirkung des Alkohols in dieser Beziehung direkt untersuchen: GANNT (1940, 1952), TEITELBAUM und GANNT (1958), DEWSEURY (1967) und HART (1968). In diesen Experimenten wurden

zwar einige Störungsmöglichkeiten des sexuellen Geschehens durch Alkohol sichtbar, was aber aus folgenden Gründen für das menschliche Sexualverhalten kaum etwas aussagt: Die Experimente wurden mit Tieren, und zwar ausschließlich mit männlichen Tieren, durchgeführt. Die menschliche Sexualität aber dürfte weitaus komplexer und immer durch Lerneffekte vor allem sozialer und kultureller Art überformt sein. Außerdem wiesen die meisten Dosierungen in diesen Experimenten eine unrealistische Beziehung zum menschlichen sozialen Alkoholgebrauch auf. Meist wurde im Vergleich dazu weit überdosiert.

Mit menschlichen Vpn gibt es nur indirekte Untersuchungen über den fraglichen Zusammenhang. Alle vier Untersuchungen dieser Art wurden mit dem TAT durchgeführt, wobei die Protokolle auf sexuellen Inhalt hin ausgewertet wurden (CLARK, 1952; CLARK und SENSIBAR, 1955; KALIN, 1964, KALIN et al., 1965).

CLARK (1952) führte zwei Experimente durch. Im ersten zeigte er College-Studenten Bilder attraktiver nackter Frauen und führte anschließend den TAT durch. Die Kontrollgruppe bekam vor dem TAT Bilder von Landschaften, Architektur usw. zu sehen. Das Experiment wurde in einem Klassenzimmer ohne Alkohol durchgeführt. Das zweite Experiment wurde bei einer "fraternity" Bierparty durchgeführt, bei der etwa 1 1/4 Stunden lang Bier konsumiert wurde. Die experimentelle Gruppe sah wieder Bilder nackter Frauen und erhielt dann den TAT. Die Kontrollgruppe erhielt den TAT ohne vorherige Bilderexposition. Weder die Menge des konsumierten Alkohols noch die BAKs werden berichtet. Die Ergebnisse der CLARKschen Experimente sind klar:

Die Produktion sexueller Themen war bei den Gruppen, die zuvor die Bilder nackter Frauen gesehen hatten, höher als bei den anderen. Letztere unterschieden sich nach dem Kriterium nicht voneinander. Von den Gruppen,

die die Bilder mit den nackten Frauen gesehen hatten, produzierte die Alkoholgruppe mehr sexuelle Inhalte als die nicht-alkoholisierte. Die TATs wurden auch nach dem Vorkommen sexueller Schuldgefühle durchgesehen. Diese traten bei den Gruppen gehäuft auf, die auch mehr sexuelle Inhalte produzierten. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, daß Alkohol allein nicht zur Vermehrung sexueller Antworten im TAT führt, wenn nicht vorher eine spezifische sexuelle Stimulierung erfolgt. Clark hat für seine Ergebnisse eine sehr komplizierte Erklärung mit einer Fülle von Vorannahmen: Alkohol führe zu einer Reduktion der durch die TAT-Bilder hervorgerufenen (durch den Reiz produzierten) Schuldgefühle, was die Äußerungen sexueller Vorstellungen vermehre, was seinerseits wiederum zum Anwachsen von Schuldgefühlen (die durch diese Reaktionen bedingt sind), führe. Der Reiz durch die Bilder nackter Frauen im Experiment ohne Alkohol habe via Schuldgefühle, die dadurch ausgelöst wurden, eine Unterdrückung sexueller Äußerungen bewirkt, die höher gelegen habe als in der Kontrollgruppe.

CARPENTER und ARMENTI bieten folgende Alternativerklärung an: Die Formalität des Klassenzimmers habe den Äußerungen sexueller Inhalte entgegengewirkt, während das Bierparty-Setting weniger formal war, und Sexualität und Schuldgefühle akzeptabler sind, wenn sie in einem solchen Rahmen zum Ausdruck kommen.

CLARK und SENSIBAR (1955) überprüften die Originaldaten von CLARK (1952) in Bezug auf die Beziehung zwischen symbolischen und manifesten sexuellen Themen. Man fand, daß in dem Experiment ohne Alkohol die Gruppe, der die Bilder der nackten Frauen dargeboten wurden, weniger manifeste und mehr symbolische Sexual-Äußerungen zeigte als die Kontrollgruppe. In dem Experiment mit Alkohol zeigten beide Gruppen ein großes Ausmaß an manifesten



Sexual-Äußerungen, aber sehr wenig symbolische. Die Diskussion dieser Ergebnisse kann ausführlich in der Originalarbeit nachgelesen werden.

KALIN et al. (1965) führten ebenso wie KALIN (1964) Experimente in einem natürlicheren Setting durch. Sie veranstalteten Cocktailparties und Diskussionsgruppen mit Studenten, wobei die Experimentalgruppe alkoholische Getränke erhielt, die Kontrollgruppe alkoholfreie. Davor, während und danach, wurde wieder der TAT eingesetzt, bei KALIN (1964) wurde auch die Erinnerung daran am Tag danach untersucht. KALIN et al. (1965) und KALIN (1964) fanden ein Ansteigen der sexuellen Inhalte im TAT nach Alkoholgenuß bei der Partyveranstaltung, nicht aber bei den Diskussionsgruppen. Einschränkungen oder Schuldgefühle in Bezug auf Sexualität stiegen dagegen nicht an. Die sexuellen Inhalte wurden jedoch am Tage danach in der Alkoholgruppe weniger gut erinnert.

Bei all diesen Experimenten ist nicht klar, was die TAT-Ergebnisse meinen, inwieweit sie sich auf tatsächliches Verhalten umsetzen lassen. Selbst wenn eine - eventuell kurvilineare - positive Korrelation von Alkoholverzehr und Ansteigen des sexuellen Verhaltens angenommen werden kann, bleibt doch unklar, ob es sich dabei um eine Ursache-Wirkungs-Beziehung handelt oder ob nicht vielmehr ein sozialer Kontext besteht, der die Koinzidenz beider Verhaltensweisen bewirkt. Es ist möglich, daß diese Beziehung durch die kulturell sanktionierten Gelegenheiten entsteht, die sowohl den Alkoholgenuß wie offeneres sexuelles Verhalten freistellen bzw. fordern.

Als Langzeiteffekt bewirkt nach klinischem Eindruck langfristiger, chronischer Alkoholkonsum völlige oder teilweise Impotenz, auf die sich nicht selten die Eifersuchtsideen von Alkoholikern aufbauen (siehe z.B. LLOPIS, 1962). Es gibt aber wenige systematische Untersuchungen über das

Sexualverhalten von Alkoholikern. LEVINE (1955) wertete Therapie-Protokolle von 79 Alkoholikern aus, die nach ihrem Sexualverhalten befragt wurden. Die meisten seiner Versuchspersonen zeigten eine relative Indifferenz oder ein völliges Fehlen von Interesse an sexuellen Kontakten. Auch die berichtete Häufigkeit des sexuellen Verkehrs lag beträchtlich unter dem Durchschnitt (einmal alle Vierteljahr bis überhaupt kein Verkehr). Dem widerspricht die Untersuchung von BURTON und KAPLAN (1968), die 16 Ehepaare mit Alkoholikermann und 16 Kontrollpaare verglichen. Die beiden Gruppen lagen nach der Häufigkeit des sexuellen Kontakts (im Schnitt 1,6 mal pro Woche) gleich hoch. Eine Reduktion des sexuellen Kontakts war bei diesen Paaren häufig auf die Partnerin zurückzuführen, die mit diesem Druckmittel den Mann zu beeinflussen suchte. Wahrscheinlich bestehen hier Unterschiede je nach Stadium des Alkoholismus und nach Familienstand des Betreffenden.

#### 2.3.2.5.2.2. Wirkung auf die Aggressivität

Ebenso wie bei der Sexualität wird auch bei der Aggressivität gewöhnlich postuliert, daß Alkohol eine enthemmende Wirkung hat. Auch tritt wieder deutlich die Schwierigkeit der Trennung von pharmakologischer Wirkung und sozialem Kontext zu Tage, da sich Aggressionen eigentlich nicht ohne sozialen Kontext untersuchen lassen.

Auf eine minimale soziale Interaktion beschränken sich die Experimente von BENNETT et al. (1969). Sie verwendeten das Milgram-Paradigma, bei dem die Vp der Meinung ist, sie könne einer anderen Person in einem anderen Raum durch Knopfdruck elektrische Schläge verpassen. In diesen Experimenten beeinflusste Alkohol in verschiedenen Dosen jedoch nicht die Höhe des Schocks, den die Versuchspersonen ihren vermeintlichen Opfern zukommen ließen.

Experimente mit einer natürlicheren sozialen Interaktion erbrachten aber andere Ergebnisse. TAKALA et al. (1957) führten ein sehr umfangreiches Experiment mit Gruppen durch, die sie unter Alkohol setzten, und die entweder über bestimmte Themen diskutierten oder kooperative Aufgaben durchführten. Die Gruppenmitglieder wurden mit dem Bales'schen Kategoriensystem beurteilt. Sowohl die "aktive" wie die "passive" Aggression nahmen unter Alkohol zu, und zwar stärker auf Schnaps als auf Bier hin.

BRUUN (1959 a, b) führte Nachuntersuchungen mit diesen Gruppen durch, in dem er deren erfragte soziale Position innerhalb der Gruppe mit der Alkoholwirkung in Beziehung setzte. Er fand, daß vor allem die expressiven Führerpersonen einen Anstieg aggressiver Reaktionen zeigten, nicht aber die instrumentalten Führer und die isolierten Gruppenmitglieder. Es ist allerdings zu bedenken, daß die beiden letztgenannten Untersuchungen in Finnland durchgeführt wurden. Wir erinnern uns, daß es sich bei Aggressivität unter Alkohol um ein spezifisches Problem der skandinavischen Länder handelt. Wahrscheinlich ist die Verhaltensverbindung "Alkoholtrinken und aggressives Verhalten" eher sozial erlernt, denn ein unmittelbarer Effekt des Alkohols, worauf auch das unterschiedliche Verhalten je nach Position in der Gruppe schließen läßt.

Bei KALIN et al. (1965) ergaben sich ähnliche Ergebnisse wie in Bezug auf die Sexualität: Bei den Diskussionsgruppen wurde kein Anstieg der Aggressivität im TAT gefunden, wohl aber bei Cocktailpartygruppen. Die Stärke der ausgedrückten physischen Aggression war dabei kurvilinear abhängig von der getrunkenen Alkoholmenge. TRENTINI und Mitarbeiter (TRENTINI et al., 1970 a, b) verwendeten ebenfalls eine TAT-Version (McClelland's Imaginationstest) und den Rosenzweig-Test und zwar bei 120 Studenten, geteilt in experimentelle Gruppen, denen Alkohol verabreicht

wurde und Kontrollgruppen. Unter Alkohol zeigte sich eine Abnahme des Bedürfnisses nach Macht und der Leistungsmotivation bei gleichzeitiger Zunahme der Zuwendungs- und Abhängigkeitsbedürfnisse. Insbesondere nahm die Stärke und Sicherheit des Individuums vor Autoritätspersonen zu.

Einen dosisabhängigen Effekt des Alkohols fand McClelland selbst mit dem TAT (McClelland, 1971). Er ließ bei Cocktailparties TAT-Geschichten zu Beginn in der Mitte und am Ende beschreiben. Bei der Auswertung unterschied er Gedankeninhalte von personalisierter oder aggressiver Macht und von sozialisierter oder altruistischer Macht. Letztere überwog nach 2 oder 3 Drinks, erstere nach etwa 6 Drinks, wenn der Betreffende weniger realitätsorientiert und weniger gehemmt schien.

DOLEYS et al. (1967) fanden dagegen bei der Selbstbeurteilung in Bezug auf soziale Erwünschtheit, verbale Aggressivität und sexuelle Empfindungen bei 80 weiblichen Vpn keinen Unterschied nach verschiedenen Alkoholdosen.

HETHERINGTON und WRAY (1964) verwendeten ein völlig anderes Verfahren: Sie unterteilten ihre Vpn zunächst nach zwei Persönlichkeitsdimensionen: Bedürfnis nach sozialer Anerkennung und Bedürfnis nach Aggression. Durch Kombination von hohen und niedrigen Werten auf den Skalen entstanden vier Gruppen, in denen jeweils die Hälfte der Vpn Alkohol erhielt, die andere nicht. In Einzelversuchen gaben sie ihren Vpn Cartoons mit aggressivem und sinnlosen Inhalt zur Einstufung des Humors. Nach Alkohol zeigten sich nur die Vpn im Sinne einer Enthemmung beeinflusst, die hohe Werte auf beiden Persönlichkeitsskalen aufwiesen, d.h. das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung nahm bei diesen Vpn wahrscheinlich unter Alkohol ab, so daß das Aggressionsbedürfnis stärker zum Zuge kam. Die anderen Per-

sönlichkeitsgruppen zeigten auf Alkohol hin keine Veränderungen. Es ist aber zu beachten, daß bei diesem Experiment die Gruppeninteraktion ausgeschaltet blieb.

#### 2.3.2.5.2.3. Wirkung auf andere soziale Verhaltensweisen

Wenn wir auch aus der Alltagserfahrung sowie aus soziologischen und anthropologischen Feldstudien wissen, daß das Trinken von Alkohol in unserer Kultur etablierter Teil der sozialen Interaktion und des Freizeitverhaltens ist, liegen doch nur sporadische Untersuchungen über Sozialverhalten unter Alkohol vor.

Offensichtlich besteht jedenfalls keine einfach positive Korrelation zwischen konsumierter Alkoholmenge und Kontaktfreudigkeit infolge Enthemmung. Auch scheint der Effekt persönlichkeitsabhängig zu sein. Jedenfalls fanden PICHOT und REIMANN (1959) einen extravertierenden Effekt von Alkohol nur bei Introvertierten, während Extravertierte unter Alkohol stärker introvertiert wurden.

Insbesondere weisen die neuen Laboruntersuchungen (z.B. MENDELSON et al., 1968; NATHAN et al., 1970) darauf hin, daß gerade Alkoholiker sich, wenn sie intoxikiert sind und weitertrinken, eher sozial zurückziehen und isolieren. Auch ist wahrscheinlich, daß Alkohol keinen direkten Einfluß auf die soziale Kontaktnahme hat, sondern eher als Vehikel für eine Reihe sozialer Aktivitäten funktioniert, oder als ein Fokus, um den herum sich soziale Aktivitäten gruppieren (MENDELSON et al., 1968).

### 2.3.3. Zusammenhang mit demographischen Merkmalen

Bei der bisherigen Darstellung wurde bereits sichtbar, daß es sich sowohl bei der Höhe des Alkoholkonsums, wie bei den Trinkproblemen, wie auch bei den unmittelbaren Kovariablen keineswegs um geographisch und geschichtlich unwandelbare Phänomene handelt. Vielmehr sind sie nicht nur von Land zu Land verschieden, sondern es existieren auch Unterschiede zwischen den einzelnen Bevölkerungsgruppen eines Landes.

Es existiert eine ungeheure Fülle von Untersuchungen, in denen unterschiedliche Problemraten bei unterschiedlichen sozialen Gruppen festgestellt wurden. Die am häufigsten verwendeten sozialen Merkmale, mit denen Alkoholfragen in Beziehung gesetzt werden, sind Geschlecht, Alter, Schicht, Familienstand, Rasse und ethische Herkunft, Religionszugehörigkeit, Wohnort. Die wenigsten dieser Untersuchungen weisen irgendwelche Beziehungen zu theoretischen Konzepten auf. Sie entstanden zumeist nicht als im vorhinein geplante, kontrollierte Untersuchungen, sondern stellen eine Analyse sowieso vorhandener Daten dar. Der simpelste und häufigste Typ dieser Art besteht in der Analyse von sozialen Primärdaten (wie eben: Geschlecht, Alter usw.), wie sie routinemäßig in Krankengeschichten erfaßt werden. Beigefügt sind gewöhnlich zeitkritische oder common sense-Sentenzen, die die unterschiedlichen Raten erklären sollen. Am häufigsten findet sich ein Verweis auf differentielle soziale Normen, die mit unterschiedlichen sozialen Positionen und Rollen verbunden sind. Jedoch sind meist auch alle anderen oben skizzierten theoretischen Konzepte möglich.

Eine detaillierte Übersicht über eine ganze Reihe von Einzelbefunden auf diesem Gebiet findet sich bei POHL (1973). Es würde hier zu weit führen, all diese Ergebnisse zu referieren.



Wir beschränken uns daher hier auf die Darstellung der Hauptergebnisse einiger differenzierter neuerer Untersuchungen und berücksichtigen nur die Variablen, die auch in der BRD von größerem Einfluß zu sein scheinen, also Geschlecht, Alter, Familienstand, Schichtzugehörigkeit, Wohnort.

Soweit Zusammenhänge mit den unmittelbaren Kovariablen festgestellt wurden, wurden sie bereits weiter oben erwähnt.

### 2.3.3.1. Geschlecht und Alter

In praktisch allen gegenwärtigen Gesellschaften läßt sich eine bemerkenswerte Geschlechtsspezifität hinsichtlich des Alkoholkonsums und damit verbundener Probleme feststellen. Auf eine grobe Formel gebracht, könnte man sagen: alle bisherigen Untersuchungen haben erbracht, daß Alkoholkonsum und Alkoholismus bei Männern verbreiteter und ausgeprägter ist als bei Frauen. Neuere Untersuchungen haben außerdem ergeben, daß Trinkmuster und Problemmuster bei Männern und Frauen unterschiedlich sind. Die Zahlen zur Geschlechtsproportion schwanken allerdings beträchtlich, je nach Art der untersuchten Population und je nach Trink- oder Problemdefinition, und je nach der Erfassung der Interaktion mit anderen Variablen. Wir führen hier lediglich Ergebnisse einiger der neueren Befragungen detailliert auf, um einen Eindruck vom neuesten Stand der Forschung auf diesem Gebiet zu vermitteln.

Ergebnisse der amerikanischen Repräsentativbefragung von CAHALAN et al. (1969): Mehr Frauen (40%) als Männer (23%) trinken weniger als einmal im Jahr. Kombinierte Frequenz/Quantitätsindizes: Mehr Männer (21%) als Frauen (5%) sind starke Trinker. Bei den Frauen, die trinken, überwiegt das

infrequente und leichte bis mäßige Trinken. Diese Unterschiede sind in allen Altersgruppen und allen Schichten feststellbar, wenn sie auch ein verschiedenes Ausmaß haben. Der Unterschied in den Abstinenzraten ist in den Unterschichten größer. Der Unterschied im Ausmaß des starken Trinkens zeigt jedoch keinen konsistenten Zusammenhang mit der Schichtzugehörigkeit, es zeigt sich aber eine Tendenz, daß starkes Trinken bei Frauen häufiger in der untersten sozialen Schicht anzutreffen ist. Abstinenzunterschiede sind in ländlichen Gebieten am größten, der Unterschied im Ausmaß des starken Trinkens ist in großstädtischen Gebieten am größten.

Soziales und situatives Setting: Bei sozialen Zusammenkünften mit anderen wird bei den Frauen seltener Alkohol serviert als bei den Männern (z.B. bei Treffen mit Nachbarn). Frauen trinken eher mehr als gewöhnlich im engsten Familienkreis, Männer eher bei Treffen mit Arbeitskollegen oder engen Freunden. Weniger Frauen als Männer trinken allein.

Geschlecht und Alter: Die höchste Proportion von starken Trinkern findet sich bei Frauen in den Altersgruppen zwischen 21 und 24 Jahren und zwischen 45 und 49 Jahren; bei den Männern zwischen 30 und 34 Jahren und 45 bis 49 Jahren. Es hat den Anschein, als sei der Alkoholkonsum bei den Männern gleichgeblieben in den letzten Jahren, nehme jedoch bei den Frauen zu. Nach einer Untersuchung von KNUPFER und ROOM (1964) in San Francisco liegt der Unterschied in den Trinkgewohnheiten zwischen Männern und Frauen nicht so sehr in der Frequenz als vielmehr in der Quantität (was bei CAHALAN nicht zu unterscheiden ist). Auch in dieser Untersuchung waren die Unterschiede in jeder Altersgruppe, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, sichtbar. Immer fanden sich unter Frauen mehr Abstinenzler und weniger starke Trinker, wobei Alter und Geschlechtzugehörigkeit einen kumulativen Effekt haben. Dabei kommt es zu einer Angleichung der Geschlechter hinsichtlich der

Abstinenz (Absinken der Abstinenz bei jüngeren Frauen), jedoch nicht in der Proportion der schweren Trinker. Die größten Unterschiede hinsichtlich des geschlechtsspezifischen Trinkverhaltens zeigen sich in der untersten sozialen Schicht. In einer anderen Untersuchung, ebenfalls in San Francisco, schlüsselte KNUFFER (1967) die alkoholbezogenen Probleme entsprechend den gängigen operationalen Alkoholismusdefinitionen auf: Exzessiver Alkoholkonsum (prolongiertes Trinken, frequent hoher Konsum), Abhängigkeitszeichen (Sorge um das eigene Trinken, Gebrauch des Alkohols als Bewältigungsmittel für persönliche Schwierigkeiten), Abhängigkeitssymptome wie Morgentrunken und heimliches Trinken, soziale Konsequenzen (Unannehmlichkeiten durch das Trinken bei der Arbeit, gegenüber Freunden, mit der Polizei, mit dem Ehepartner, Hospitalisierung). Dabei erwies sich, daß die Frauen in allen Problembereichen niedrigere Raten hatten als die Männer. Die größten Unterschiede fanden sich beim prolongierten Trinken und bei den Unannehmlichkeiten mit der Polizei. Das Alkoholismus-Pattern scheint also bei Frauen und Männern unterschiedlich zu sein. Dabei bleibt natürlich unklar, ob Frauen weniger aufgrund des Trinkens polizeiauffällig werden (z.B. weil sie zu Hause bleiben), oder die Polizei Frauen ungern in Arrest nimmt. Jedenfalls scheinen insgesamt die extrafamiliären sozialen Konsequenzen, verglichen mit der Höhe des Alkoholkonsums bei den Männern, disproportional höher zu liegen als bei den Frauen. Das paßt zu der häufig gemachten klinischen Beobachtung, daß der Frauenalkoholismus viel länger unentdeckt bleibt und verheimlicht wird, entweder, weil gerade Frauen, die sowieso nicht viel Kontakt zur Öffentlichkeit haben, exzessiv trinken, oder weil sie die Diskriminierung wegen des Trinkens fürchten und sich daher reaktiv zurückziehen.

In ähnlicher Weise löste CLARK (1966) die gängigsten operationalen Definitionen in Einzelprobleme auf und unter-

suchte deren Vorkommen in einer repräsentativen Stichprobe in San Francisco, und kam zu folgendem Ergebnis: Wie immer man Alkoholismus oder Problemtrinken auch definiert (durch unterschiedliche Kombination der Einzelprobleme), haben Männer höhere Raten als Frauen, aber diese Differenz ist nicht für alle Probleme konstant. Die Raten bei den Frauen kommen denen der Männer fast gleich in Bezug auf das Trinkvorkommen, das exzessive Trinken nach Qualität und Frequenz und bei der subjektiven Alkoholmotivation (Alkohol zu trinken um Angst und andere Spannungszustände zu bewältigen). Dagegen haben Männer bedeutend höhere Raten als Frauen bei allen Trinkproblemen, die Unannehmlichkeiten mit Personen und Institutionen beinhalten.

WANBERG und KNAPP (1970) führten in einer Alkoholismusklinik in Denver eine Untersuchung von 1657 männlichen und 365 weiblichen Patienten mit dem "Drinking History Questionnaire" durch und kamen zu folgenden Ergebnissen bei der Korrelation von Geschlechtzugehörigkeit mit den einzelnen Items:

Frauen beginnen zu einem späteren Zeitpunkt erstmals zu trinken und werden zu einem späteren Zeitpunkt erstmals betrunken (was in Alkoholismuskliniken immer wieder festgestellt wurde), sie erreichen die Alkoholismuskliniken dann aber etwa im gleichen Alter wie die Männer. Da sich zumindest in den physiologischen Symptomen (wie Blackouts, Appetitverlust, Schlafverlust, Zittern, Konvulsionen, Delir) keinerlei Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen, ist anzunehmen, daß die Alkoholismusedwicklung bei Frauen rascher verläuft als bei Männern. Prolongiertes Trinken ist eher ein Verhalten der Männer als der Frauen. Die Dauer einer Zeitspanne, in der fortlaufend getrunken wird, ist bei Männern größer. Dafür könnten sowohl physiologische Unterschiede wie unterschiedliche Rollenvorschriften verantwortlich sein.

Trinkmotivation/Arbeitsprobleme: Frauen berichten eher, daß sie Alkohol nehmen um ihre Arbeit besser zu bewältigen, Männer berichten häufiger als Frauen, daß sie ihren Arbeitsplatz aufgrund des Trinkens verloren haben. Leider sind diese Korrelationen jedoch nicht darauf kontrolliert, daß weniger Frauen berufstätig sind. Es ist wahrscheinlich, daß diese Variable den Unterschied bewirkte, denn hinsichtlich der Trinkumstände gab ein höherer Prozentsatz von Frauen an, zu Hause (nicht auswärts) und allein zu trinken. Das deutet nach Ansicht der Autoren darauf hin, daß unter den Alkoholikerinnen viele Hausfrauen sind, deren Mann zur Arbeit geht, und die sich zu Hause in ihrer Rolle langweilen. Gleichzeitig gaben auch mehr Frauen an, zu Hause mit dem Ehepartner zu trinken. Da diese Variable negativ mit dem Allein-trinken korreliert, gibt es möglicherweise bei den Frauen verschiedene, voneinander unabhängige Trinkstile.

Familienstand: Hinsichtlich der Lebensumstände fanden sich bei den Frauen mehr solche, die allein mit ihren Kindern leben. Möglicherweise stellt dies eine typische Lebenssituation (geschieden und allein mit den Kindern lebend) dar, die bei Frauen mit Alkoholismus verquickt ist.

Über die BRD liegen - wie erwähnt - kaum Daten vor. Es läßt sich aber vermuten, daß die Situation ähnlich wie in den USA ist, wenn auch nicht so ausgeprägt. Auch in Deutschland überwiegen bei den institutionell erfaßten Alkoholikern die Männer bei weitem, wobei häufig sorgenvoll auf einen Anstieg des weiblichen Alkoholismus hingewiesen wird. Aus der Arbeit von WIESER (1968) über eine repräsentative Umfrage in der Bremer Bevölkerung über 14 Jahre in den Jahren 1966/67 läßt sich folgendes ableiten:

Tab. 3: Geschlechtsspezifische Trinkfrequenz in Bremen  
(aus WIESER, 1968, S. 494)

| Alkoholische<br>Getränke trinken:           | Insgesamt<br>n = 408 | Männer<br>n = 193 | Frauen<br>n = 215 |
|---------------------------------------------|----------------------|-------------------|-------------------|
| Täglich,<br>fast täglich                    | 24%                  | 25%               | 24%               |
| 1-2mal in der<br>Woche                      | 37%                  | 45%               | 30%               |
| 1-2mal im<br>Monat                          | 19%                  | 10%               | 27%               |
| 1-2mal im Vierteljahr<br>oder noch seltener | 20%                  | 20%               | 19%               |

Es fällt auf, daß sich hier die Zahlen im Vergleich zu den amerikanischen Untersuchungen kaum unterscheiden. Es ergibt sich eine überraschend analoge Verteilung in den Extremkategorien. Lediglich in den mittleren Kategorien ist eine stärkere Vertretung der Männer beim höheren Konsum festzustellen. Man muß hier aber nachdrücklich darauf hinweisen, daß hier lediglich die Frequenz, nicht aber die Quantität beurteilt wurde. Nach den amerikanischen Untersuchungen und nach der Alltagserfahrung zu schließen, sind wahrscheinlich die Unterschiede bezüglich der Quantität erheblich größer. Ein gewisser Beleg dafür ist aus dem Ergebnis abzulesen, daß der prozentuale Anteil derer, die Spirituosen vor anderen Getränken bevorzugen, bei den Männern um das Doppelte höher liegt als bei den Frauen (44 zu 22%). Außerdem konsumieren nach ihren Angaben Männer viermal so häufig Bier wie Frauen (28 zu 4%), während Frauen abgesehen von Spirituosen am häufigsten Wein, Sekt und Bowle trinken. Aus der Alltagserfahrung läßt sich sagen, daß Bier eher ein Artikel ist, der in großen Mengen konsumiert wird, während die von den Frauen vor-



zugsweise konsumierten Getränke eher solche sind, die in der BRD eher in kleinen Mengen getrunken werden. Spirituosen sind zwar nicht volumen-, aber prozentmäßig die Getränke mit der höchsten Alkoholquantität. Auffällig war in der Bremer Untersuchung ferner, daß sich nur bei den Frauen, nicht aber bei den Männern, eine starke Abhängigkeit der Trinkfrequenz von der Schichtzugehörigkeit zeigte. Was aus soziologischen Erwägungen zu erwarten ist und sich in den amerikanischen Untersuchungen andeutungsweise zeigte, ist in der deutschen Untersuchung offensichtlich: die Trinkhäufigkeit nimmt bei den Frauen parallel mit der Sozialschicht zu. Die Anzahl derer, die täglich Alkohol konsumieren, nahm bei den Frauen der Unterschicht (7%) zu den mittleren sozialen Schichten (23%) zur Oberschicht (33%) zu. Gleichermaßen nahm der Anteil der Frauen, die selten trinken, von der Unterschicht (41%) zur Mittelschicht (19%) bis zur Oberschicht mit 10% ab.

Dieses Faktum hängt wahrscheinlich mit der rigideren Geschlechtsrollendefinition in den unteren Schichten zusammen. Auch die in mehreren Ländern zu beobachtende Zunahme des Frauenalkoholismus in den letzten Jahren und Jahrzehnten kann im Zusammenhang mit der Auflösung der starren Geschlechtsrollendefinitionen gesehen werden, die mit der zunehmenden Berufstätigkeit der Frau einherging.

Weiter zeigte sich in der Bremer Untersuchung eine geschlechtsspezifische Altersabhängigkeit des Trinkens. Bei den Männern zeigte sich mit zunehmendem Alter eine Polarisierung in zwei Gruppen. Es nimmt einerseits der Prozentsatz derer, die täglich trinken, mit zunehmendem Alter zu (bis 39% bei den 60-jährigen), andererseits aber auch der Prozentsatz derer, die selten und unregelmäßig Alkohol konsumieren. Bei Frauen läßt sich eine solche Polarisierung nicht beobachten. Während die jüngeren Frauen bezüglich der angegebenen Frequenz den gleichaltrigen Männern

nicht nachstanden, tendierten die älteren eher zur Mäßigung bis Abstinenz.

Aus der englischen Befragung von EDWARDS et al. (1972) ergeben sich für die Bevölkerung eines Londoner Vororts folgende geschlechtsspezifischen Unterschiede im Trinkverhalten.

Frequenz/Quantität: Generell befinden sich mehr Frauen als Männer in den Kategorien Abstinente, gelegentliche, infrequent-leichte Trinker, etwa gleich viele in der Kategorie frequent-leicht und weniger Frauen als Männer in den Kategorien der mäßig und stark Trinkenden.

Zeitliche Variabilität: Bei den Frauen noch stärkere Konzentration auf das Wochenende, auch in den oberen Schichten.

Art des Getränks: Männer tranken bevorzugt Bier, Frauen Spirituosen (unabhängig von der Schichtzugehörigkeit).

Situatives Setting: Unabhängig von der Schichtzugehörigkeit tranken Frauen bedeutend seltener in "pubs".

Interaktion von Schicht- und Geschlechtzugehörigkeit: Auch in England zeigen sich in den unteren Schichten größere geschlechtsspezifische Unterschiede im Trinkverhalten als in den oberen, insbesondere in Bezug auf Quantität und Frequenz: Frauen der oberen Schichten trinken mehr.

Hinsichtlich der Alkoholprobleme ergaben sich bei EDWARDS et al. (1972) folgende Unterschiede: Frauen tranken generell weniger und hatten generell weniger Trinkprobleme (Abhängigkeitszeichen, gesundheitliche Schäden, soziale und finanzielle Probleme). Männer und Frauen, die dieselbe Quantität tranken, gaben nicht signifikant unterschiedlich viele Probleme an.

Die von EDWARDS et al. (1972) präsentierten Daten aus "offiziellen" Registrierungen verschiedener einzelner Alkoholprobleme (Trunkenheitsarreste, Leberzirrhosetode, Hospitalisierungen und Todesfälle aufgrund von "Alkoholis-

mus"), lassen folgendes erkennen: Die geringsten Unterschiede ergeben sich bei den gesundheitlichen Problemen, die höchsten bei den Arretierungen wegen öffentlicher Trunkenheit. Auch hier also ist die Differenz bei den sozialen extrafamilialen Problemen unverhältnismäßig hoch zu Ungunsten der Männer.

Eine Altersspezifität von Trinkverhalten und Trinkproblemen ist zum Teil schon dadurch gegeben, daß in den meisten Ländern Kindern das Trinken von Alkohol untersagt oder nur in geringem Maß gestattet wird. Die meisten Klinikberichte und Bevölkerungsbefragungen beschränken sich auf Erwachsene. Alkoholprobleme, insbesondere klinischer Behandlung bedürftiger Alkoholismus, weisen natürlich eine zeitliche Verzögerung zum Auftreten von Alkoholkonsum auf. Im höheren Alter (ab 50 oder 60 Jahren) scheint eine Reduktion der Bevölkerungsanteile mit starkem Alkoholkonsum und Alkoholproblemen stattzufinden, was zum Teil wohl auf die höhere Mortalitätsrate bei starken Trinkern zurückzuführen ist, zum Teil auf veränderte Alkoholverträglichkeit und Rollenerwartungen im Alter. Da wir altersspezifische Raten bereits in der Interaktion mit der Geschlechtszugehörigkeit breiter dargestellt haben, verweisen wir hier lediglich wieder auf die breitere Literaturübersicht (POHL, 1973). Hervorhebenswert scheint an dieser Stelle lediglich noch, daß WIESER (1968, 1972) bei den Bevölkerungsumfragen in der BRD hinsichtlich der Trinkfrequenz eine Polarisierung in den höheren Altersstufen fand, jedenfalls bei den männlichen Befragten. Es nahm sowohl der Anteil der täglichen Konsumenten wie der Anteil der selten und unregelmäßig Trinkenden zu. Ebenso zeigten sich Unterschiede bezüglich der Getränkepräferenz: die Vorliebe für Bier nahm mit steigendem Alter ab, die Vorliebe für Spirituosen zu, bezüglich Wein ergaben sich keine Unterschiede.

### 2.3.3.2. Familienstand

Bei diesem Merkmal ist die Richtung der Verursachung sehr fraglich. Zwar weisen die Ergebnisse einheitlich auf ein höheres Vorkommen von Alkoholproblemen bei Unverheirateten, getrennt Lebenden und Geschiedenen. Wie wir jedoch bereits bei der Darstellung der Alkoholprobleme gesehen haben, treten Partnerprobleme häufig infolge des Alkoholabusus auf. Andererseits ist denkbar, daß Alkoholabusus sich im Gefolge von Partnerproblemen entwickelt. Auf jeden Fall scheinen Alleinstehende eine besondere Risikopopulation mit hoher Prävalenz von Alkoholabusus und Alkoholproblemen darzustellen.

#### 2.3.3.2.1. Sozioökonomischer Status

Auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Schicht scheint das Trinkverhalten und die Alkoholprobleme wesentlich zu beeinflussen. Doch sind die Ergebnisse bedeutend uneinheitlicher als bei der Geschlechtszugehörigkeit. Die Schichtzugehörigkeit scheint je nach Land Trinkverhalten und -probleme unterschiedlich zu bestimmen.

Die Ergebnisse der amerikanischen Repräsentativbefragung von CAHALAN et al. (1969) bezüglich des Zusammenhangs dieser Variablen lassen sich wie folgt zusammenfassen. Bei allen Unterschieden im Alter und Geschlecht war doch der Anteil der Trinkenden (Nicht-Abstinenten) in den unteren sozialen Ebenen konsistent niedriger. Trinkende waren am seltensten unter älteren Frauen (60 Jahre und darüber) der untersten sozialen Schicht anzutreffen mit einem Prozentsatz von 34%, und am häufigsten unter jüngeren Männern (zwischen 21 und 39 Jahren) der höchsten Schicht (88%). Es fanden sich mehr leichte und mäßige Trinker in den un-

teren Schichten als in den höheren, während der prozentuale Anteil an starken Trinkern in der Gesamtstichprobe auf allen sozialen Ebenen in etwa der gleiche war. Bezogen nur auf die Anzahl der überhaupt Trinkenden war jedoch der prozentuale Anteil an starken Trinkern in den unteren sozialen Schichten etwas höher. Diese Fakten sollten die häufig zitierten Bemerkungen DOLLARDS (1945) über die enthaltsame Mittelschicht modifizieren: relativ mehr Angehörige der mittleren und oberen Schicht gaben an, wenigstens gelegentlich zu trinken, aber weniger von denen, die trinken, gaben an, stark zu trinken.

KNUPFER (1967) fand bei ihrer Befragung in San Francisco in der oberen Schicht ein höheres Vorkommen von starken Trinkern (Frequenz/Quantitäts-Kombination) und ein häufigeres Vorkommen von Abhängigkeitszeichen, in der unteren dagegen prozentual weniger starke Trinker, aber mehr extrafamiliäre soziale Probleme.

TRICE (1970) weist darauf hin, daß aus der Industrie fast nur Untersuchungen über Alkoholprobleme bei einfachen Arbeitern vorliegen. Da das Verhalten dieser Gruppe eine größere Visibilität besitze, werden ihre Mitglieder viel eher in Statistiken in öffentlichen Kliniken oder Gefängnissen erfaßt. TRICE (1959) (zitiert nach FALKEY, 1962), unterteilte die Alkoholiker verschiedener Unternehmen in den USA nach beruflichem Status. Dann unterteilte er die Gruppen danach, ob sie von Kliniken betreut wurden oder zu privaten Möglichkeiten Zuflucht nahmen. Es ergab sich, daß die Eigner, Manager und leitenden Angestellten 25% der Alkoholikerpopulation ausmachten (womit sie überrepräsentiert waren), 47% der Patienten ausmachten, die private Hilfe in Anspruch nahmen und 20% der Alkoholiker, die Klinikhilfe in Anspruch nahmen, während bei den unteren Berufsschichten die Verhältnisse umgekehrt lagen. Wir haben es hier wahrscheinlich mit einem erheblichen Bias

der Alkoholismusuntersuchungen zu tun. Wegen der besseren Erreichbarkeit und Verfügbarkeit wurden nämlich die meisten Untersuchungen an Populationen öffentlicher Institutionen durchgeführt, so daß wahrscheinlich generell die oberen Schichten in den Untersuchungen unterrepräsentiert sind.

TRICE (1970) weist auf spezielle schichtspezifische Arbeitsprobleme aufgrund von Alkohol hin. Nach seinen Untersuchungen in der Industrie neigen leitende Angestellte und Unternehmer, die Alkoholiker sind, eher dazu, nur einen Teil des Tages der Arbeit fernzubleiben und auch mit einem schweren Kater noch zu erscheinen, während einfache Arbeiter eher ganze Tage der Arbeit fernbleiben, z.T. mehrere Tage hintereinander (TRICE, 1962).

SCHMIDT et al. (1968) legten eine Monographie über Schichtzugehörigkeit und Alkoholismusdiagnose und -behandlung vor. Sie analysierten die Krankengeschichten von 412 Patienten, Ersteinweisungen einer kanadischen Alkoholikerklinik innerhalb eines Zeitraumes von 3 Jahren. Sie fanden folgende schichtspezifische Unterschiede:

Die unterste Schicht (III) kam deutlich im Schnitt auf ein jüngeres Alter, Patienten aus der obersten Schicht (I) waren deutlich die ältesten. Hinsichtlich der Überweisungsquelle zeigten sich mit einer Ausnahme (gleiche Überweisungsraten durch Familienangehörige und Freunde) deutliche Schichtunterschiede. Patienten der oberen Schicht wurden eher von niedergelassenen Ärzten geschickt, Patienten der mittleren Schicht häufiger durch Anonyme Alkoholiker, Patienten der unteren Schicht eher durch Allgemeinkliniken und soziale Institutionen. Letzteres führen die Autoren darauf zurück, daß die Patienten der unteren Schicht an ihren Arbeitsplätzen eher ersetzt werden können, daher eher entlassen werden und dann Wohlfahrtsinstitutionen aufsuchen. In der Tat war Arbeitslosigkeit bei



der Schicht III zum Zeitpunkt der Überweisung sehr häufig anzutreffen. Ein häufiger Überweisungsgrund war in der unteren Schicht das Auftreten von Alkoholpsychosen, eine Folge von sehr starkem Alkoholabusus innerhalb kurzer Zeit, der zur Aufnahme ins Allgemeinkrankenhaus und von dort weiterführte. Es bestand eine inverse Beziehung zwischen Häufigkeit von Alkoholpsychosen und Schichtzugehörigkeit. Daß sich Überweisungen durch die Anonymen Alkoholiker hauptsächlich in der mittleren Schicht fanden, stimmt mit anderen Ergebnissen überein, wonach die Anonymen Alkoholiker eine Mittelschichtbewegung sind (TRICE, 1957).

In Bezug auf die Diagnose ergaben sich folgende Unterschiede. Die unterste Schicht wies deutlich am häufigsten die Diagnose Alkoholpsychose auf, und zwar sowohl akute (Delirium tremens, Alkoholhalluzinationen) wie chronische Alkoholpsychosen (Korsakoff, Wernicke und unspezifische Encephalopathien). Das häufige Auftreten von chronischen Alkoholpsychosen in der Schicht III ist wahrscheinlich nicht nur auf ein spezifisches Trinkverhalten zurückzuführen, sondern auch auf eine unterschiedliche Ernährungsvernachlässigung in den Schichten.

Die Diagnose "soziopathische" Persönlichkeitsstörung fand sich überraschenderweise am häufigsten in der mittleren, nicht in der unteren Schicht. Die Autoren meinen allerdings, daß das darauf zurückzuführen ist, daß es sich ausschließlich um freiwillige Patienten handelte, wobei Unterschichtsalkoholiker eher Gefahr laufen, wegen solcher Verhaltensstörungen zwangsweise arretiert oder einer Behandlung zugewiesen zu werden.

Patienten der Schicht III wurden von den untersuchenden Ärzten eher in Verhaltenstermini beschrieben (ruhig, sich zurückziehend, niedrige Intelligenz, schlechtes Auftreten, unreif, Mangel an Einsicht, schlecht motiviert), Patienten

der Schicht I und II dagegen eher in Gefühlstermini (aktiv und intelligent, an Schuldgefühlen leidend, unzufrieden, unzufrieden mit sich selbst). Es ist nicht klar auszumachen, ob das auf einen realen Unterschied zwischen den Patienten oder einem Mittelschicht-Bias der Untersucher beruht, deren soziale Distanz zu den höheren Schichten geringer ist, so daß sie diese eher "einfühlend", die Unterschicht eher "von außen" beschreiben. Weitere Beobachtungen innerhalb der Klinik lassen die Autoren mehr für die letztere Lösung plädieren.

Nicht-psychiatrische Erkrankungen wurden in der höheren Schicht häufiger diagnostiziert, was mit ihrer Überweisung primär durch niedergelassene Ärzte übereinstimmt. Das häufigere Vorkommen von Leberzirrhose in der oberen Schicht ist nach SCHMIDT et al. nur ein Effekt des höheren Alters in dieser Schicht und scheint darauf hinzuweisen, daß das Auftreten von Leberzirrhose eher zur totalen Konsummenge an Alkohol in einem Lebenslauf in Beziehung steht als zu spezifischen Trinksitten.

Hinsichtlich der Behandlung ergaben sich folgende Unterschiede: Die Prognose wurde von den Psychiatern bei der unteren Schicht für ungünstiger gehalten. Die Therapieempfehlungen wiesen eine Tendenz dahingehend auf, Unterschichtpatienten von aufdeckenden und stützenden Psychotherapieformen auszuschließen und ihnen statt dessen eher protektive Medikamente und - in geringerem Ausmaß - Gruppentherapie nahezu legen. Die Therapieempfehlung hatte weniger mit der Diagnose als mit der Schichtzugehörigkeit zu tun.

Patienten der Unterschicht erhielten eher Behandlungen von praktischen Ärzten, Patienten der oberen Schicht eher von Psychiatern. Die Anzahl der Behandlungskontakte differenzierte nicht zwischen den Schichten.

EDWARDS et al. (1972) fanden bei ihrer Befragung in London folgende schichtspezifische Trinkstile:

Quantität und Frequenz: Angehörige der oberen Schichten (I und II) trinken meist in höherer Frequenz und geringer Quantität, Angehörige der unteren Schichten (III - V) eher weniger häufig, aber wenn, dann größere Quantitäten.

Zeitliche Variabilität: Männer der Schichten I und II trinken mehr oder weniger dieselbe Quantität an jedem Wochentag, während bei Männern der unteren Schichten sich der Alkoholkonsum auf das Wochenende konzentriert.

Art des Getränks: Männer der oberen Schichten bevorzugen Spirituosen, die der unteren Bier.

Situatives Setting: Männer der oberen Schichten trinken bevorzugt bei sich oder anderen zu Hause sowie im Restaurant, während die der unteren Schichten "Pubs" bevorzugen.

Die Analyse der Trinkprobleme derselben Stichprobe (EDWARDS et al., 1972) führte zu folgenden Ergebnissen:

Es ergab sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Anzahl der berichteten Probleme in den Schichten.

EDWARDS et al. klassifizierten alle, die mindestens 5 Trinkprobleme angaben, als Problemtrinker. Die Prävalenz war in jeder von 3 Schichten 6%. Sie schlüsseln allerdings nicht die Art der Probleme auf, so daß möglicherweise ein qualitativer Unterschied besteht.

Das negative Ergebnis steht nicht im Einklang mit anderen englischen Untersuchungen (MOSS und BERESFORD-DAVIES, 1967), die eine höhere Alkoholismus-Prävalenz in den privilegiierteren Schichten vermuten ließen, und auch nicht mit CHANDLER et al. (1971), die bei Anonymen Alkoholiker-Mitgliedern und einer Gruppe mit Privatbehandlung ein größeres Spektrum von Komplikationen bei niedrigerem Sozialstatus fanden. Allerdings wurden in der Anonymen Alkoholiker-Untersuchung bedeutend weniger Problemitems verwendet, mög-

licherweise hauptsächlich solche, die Probleme erfragen, die hauptsächlich in der Unterschicht vorkommen (z.B. Gefängnis, Arbeitsverlust). Die Differenzen sind wahrscheinlich auf die Selektivität der letztgenannten Untersuchungen zurückzuführen.

Die Bevölkerungsbefragungen in der BRD (WIESER, 1968, 1972) ergaben, wie bereits bei der Darstellung der Geschlechtsspezifität erwähnt, keine Unterschiede in der Trinkfrequenz der männlichen Probanden. Dagegen zeigten die Frauen eine deutliche Zunahme der Trinkfrequenz mit steigender Schicht. Auch hinsichtlich der Beliebtheit und Bevorzugung bestimmter alkoholischer Getränke ergaben sich kaum schichtspezifische Unterschiede. Es kann lediglich festgestellt werden, daß in der untersten Schicht seltener Wein konsumiert wird und daß schichtabhängig unterschiedliche Spirituosen bevorzugt werden. Die Untersuchung von GRÜNTZIG et al. (1970) in Heidelberg ergibt allerdings ein anderes Bild. Der Anteil, der in dieser Untersuchung ermittelten täglichen Konsumenten nahm mit steigender Schicht kontinuierlich ab (von 85% bis auf 36%), ebenso nahm die innerhalb einer Woche konsumierte Alkoholquantität mit steigender Schicht ab (von 382,9 gr. Alkohol auf 160,9 gr.). Insbesondere war der Schnaps- und Bierkonsum in den unteren Schichten erhöht.

#### 2.2.3.4. Wohnort

Innerhalb einzelner Länder gibt es noch regionale Unterschiede im Alkoholkonsum, die darzustellen hier aber zu weit führen würden.

Immer wieder wurde festgestellt, daß Großstädte im Vergleich zu anderen Siedlungsgebieten den höchsten Anteil an Nichtabstinenten aufweisen (siehe z.B. MULFORD, 1964; CAHALAN et al., 1969; ANDELKOVIC et al., 1970). Nach EDWARDS et al. (1972) weist vor allem die Wohnmobilität einen Zusammenhang mit der Häufigkeit von Alkoholproblemen auf.

### 3. Fragebogenuntersuchung über problematischen Alkoholkonsum und seine unmittelbaren Kovariablen

#### 3.1. Begründung der vorliegenden Untersuchung

##### 3.1.1. Problemstellung

Aufgrund der Durchsicht der Alkohol- und Alkoholismusliteratur der letzten zwanzig Jahre konnte festgestellt werden, daß sich die Alkoholismusforschung traditionellen Stils als Sackgasse erwiesen hat. Der traditionellen Forschung lag die Annahme zugrunde, daß es sich bei Alkoholikern um eine spezielle Art von Mensch handle. Untersucht wurden vor allem statische Merkmale, die man sich als im Alkoholiker liegend seinen Alkoholismus verursachend dachte (hauptsächlich Persönlichkeitsfaktoren, genetische Faktoren, Stoffwechsel-Anomalien). Das einzige wirklich stichhaltige Ergebnis, was diese Unmenge von Untersuchungen dieser Art erbrachte, ist, daß es den Alkoholiker offensichtlich nicht gibt, ebensowenig wie eine Krankheitsentität "Alkoholismus" und schon gar nicht eine spezifische Alkoholikerpersönlichkeit oder sonstige statischen qualitativen Merkmale, die den "Alkoholiker" von anderen Personen unterscheiden.

Vor allem aufgrund neuerer soziologischer und soziokultureller Untersuchungen und Überlegungen scheint die Annahme plausibler, daß es sich beim sogenannten Alkoholismus um eine Problematisierung des Alkoholkonsums handelt, die vom Individuum selbst und/oder seiner näheren oder weiteren sozialen Umgebung vorgenommen wird, und daß diese wahrscheinlich gehäuft bei bestimmten Trinkverhaltensweisen, -einstellungen und -normen zustande kommt, bei Verhaltensweisen also, die unmittelbar mit dem Trinken zu tun haben.



Zwar gibt es bereits einzelne Untersuchungen mit dem Trinkproblemansatz statt des traditionellen Alkoholismuskonzepts, zwar gibt es auch über die Literatur verstreut eine Reihe von Untersuchungen über einzelne Trinkverhaltensweisen, -normen und -einstellungen, doch gibt es keine Untersuchung, die die Vielzahl der Aspekte ordnet und die Bezüge der Variablen untereinander aufweist.

Insbesondere gibt es in der BRD bisher keine Untersuchung mit dem Trinkproblemansatz. Die wenigen transkulturellen Untersuchungen sollten uns jedoch warnen, Ergebnisse aus anderen Ländern einfach auf die BRD zu übertragen, da "Alkoholismus" oder "problematisches Trinken" offensichtlich von Land zu Land anders aussieht und anders verläuft, und wahrscheinlich auch mit anderen Trinkverhaltensweisen i.w.S. verbunden ist.

### 3.1.2. Wahl der Kriterien

Ein Ziel der Arbeit ist es, Dimensionen des "Alkoholismus" bzw. des "problematischen Trinkens" herauszukristallisieren. Es wird postuliert, daß "Alkoholismus" bzw. "problematisches Trinken" in mindestens zwei Arten von Kriterien zerfällt, die nicht notwendigerweise eine hohe Korrelation miteinander aufweisen müssen: Erhöhter Alkoholkonsum und Probleme aufgrund des Trinkens. Auch diese Kriterien werden jedoch nicht als eindimensional, sondern als mehrdimensional vorgestellt. Weiter wird angenommen, daß es sich bei den Kriteriumsdimensionen um kontinuierliche quantitative Variablen handelt, wobei diagnostizierte Alkoholiker lediglich Extremwerte der Skalen besetzen. Es sollen daher als Kriterienskalen solche für die Höhe des Alkoholkonsums nach Frequenz und Quantität gebildet werden und solche für Trinkprobleme. Bei den Trinkproblemen sollen alle üblichen Alkoholismussymptome vorkommen wie auch solche Alkoholprobleme, die normalerweise nicht für alkoholismusspezifisch gehalten werden.

Für die Brauchbarkeit des Konzepts "problematischer Alkoholkonsum" würde sprechen, wenn

- alle Probleme sowohl bei diagnostizierten Alkoholikern wie in der Normalbevölkerung vorkommen
- alle Probleme bei den diagnostizierten Alkoholikern häufiger sind als in der Normalbevölkerung
- wenn es kein Problem gibt, das allen Alkoholikern gemeinsam ist
- wenn diejenigen Trinkprobleme, die bei Alkoholikern häufig bzw. selten vorkommen, auch in der Normalbevölkerung häufig bzw. selten sind und umgekehrt. Es darf keine Probleme dieser Art (außer Probleme der Diagnose und Behandlung) geben, die bei den Alkoholikern relativ zu den anderen Problemen häufig, in der Normalbevölkerung aber relativ selten sind und umgekehrt.
- wenn die Konsumhöhe der Alkoholiker zwar im Durchschnitt höher liegt als in der Normalbevölkerung, aber keine sehr hohe Korrelation zwischen Konsumhöhe und Trinkproblemen besteht.
- wenn die Trinkprobleme ebenso wie die Konsumhöhe mindestens ebenso hohe Korrelationen zu bestimmten Verhaltens-, Sicht- und Reaktionsweisen des Individuums oder einer sozialen Umgebung aufweisen, wie diese Kriterien untereinander.

### 3.1.3. Wahl der Kovariablen

Eine Untersuchung der unmittelbaren Kovariablen des problematischen Trinkens und ihrer korrelativen Zusammenhänge mit diesen ist der Untersuchung weiter abliegender Zusammenhänge logisch vorgeordnet, wiewohl aus historischen Gründen in der Forschung bisher vernachlässigt. Zusammenhänge dieser Variablen mit Alkoholismus bzw. Problematischem Trinken werden von einer Reihe von Theorien hauptsächlich

der soziokulturellen Richtung und der Lerntheorie behauptet, sind aber bis jetzt kaum nachgewiesen.

Der gegenwärtige Stand der theoretischen Entwicklung ließ es nicht angebracht erscheinen, eine spezifische Theorie zu überprüfen oder ein Entscheidungsexperiment zwischen konkurrierenden Theorien durchzuführen. Vielmehr erschien es ratsamer, ein möglichst breites Spektrum dieser Kovariablen einer gemeinsamen Untersuchung zu unterziehen, um zunächst eine gewisse Ordnung, Strukturierung und Aussonderung zu erreichen. Zwar wird angenommen, daß unterschiedliche Kovariablen mit unterschiedlichen Aspekten des problematischen Alkoholkonsums unterschiedlich enge Beziehungen aufweisen, von einer speziellen Hypothesenbildung wird jedoch abgesehen.

Es ist im übrigen wahrscheinlich, daß diese unmittelbaren Kovariablen eine gewisse Mittlerfunktion zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Alkoholproblemen bzw. Alkoholkonsum innehaben, doch schien die Einbeziehung der gesellschaftlichen Variablen die ohnehin sehr umfangreiche Untersuchung in ihrem Umfang zu sprengen. Es erscheint ökonomischer, erst nach dieser Voruntersuchung eine Einbeziehung der gesellschaftlichen Faktoren vorzunehmen. Eine detailliertere Schilderung der einzelnen Kovariablen findet sich zum einen im theoretischen, methodischen und empirischen Bezugsrahmen, zum andern vor der Darstellung der Ergebnisse dieser Variablen.

#### 3.1.4. Einbeziehung demographischer Merkmale

Wie bereits erwähnt, ist problematischer Alkoholkonsum keineswegs als geographisch oder historisch unwandelbar anzusehen. Vor allem mit Geschlechts-, Schicht- und Altersvariablen wurden immer wieder Zusammenhänge festgestellt, wenn auch in unterschiedlichen Populationen unterschiedliche. Es muß daher damit gerechnet werden, daß ein nicht

unerheblicher Teil der Varianz sowohl bei den Kriterien wie bei den Kovariablen auf solche Merkmale zurückzuführen ist.

### 3.1.5. Wahl der Methode

Weiter oben wurden die einzelnen auf diesem Gebiet gebräuchlichen Methoden dargestellt. Wie wir gesehen haben, scheint hier eine bestimmte Art von lebensnahen, gut kontrollierten Experimenten die validesten Daten abzuwerfen, während die hier gewählte Form der Fragebogenuntersuchung zwar gegenüber anderen Methoden erhebliche Vorteile aufweist, aber - wie oben dargelegt - gerade auf dem Gebiet der Alkoholforschung an ihrer Reliabilität und Validität für das intersubjektiv beobachtbare Verhalten in besonderem Maße gezweifelt werden muß.

Andererseits schien es uns die beim gegenwärtigen Forschungsstand adäquate Methode zu sein, da sich mit ihr sowohl die uns interessierenden Kriterien wie auch die Verhaltensdaten erfassen lassen. Zudem ist sie weniger aufwendig als die erwähnte Art von Experimenten und eignet sich am ehesten zur Grobsortierung, -strukturierung und -reduzierung von Variablen. Wie oben erwähnt, geht es uns hier eher darum, eine Übersicht zu gewinnen, als darum, zwischen konkurrierenden präzisen Hypothesen zu entscheiden.

Man muß sich bei dem Verfahren lediglich im klaren darüber sein, daß man nicht das Trinkverhalten selbst untersucht, sondern im Grunde nur Meinungen des Individuums über sein Verhalten. Diese müssen nicht unbedingt mit den Meinungen anderer über dasselbe Verhalten übereinstimmen. Das heißt nicht, daß diese so erfragten Statements nichts mit der angezielten Problematik zu tun haben. Was sie aber mit dem konkreten, nach außen gezeigten Verhalten zu tun haben, bleibt experimentell nachzuprüfen. Hier aber ohne die vor-

herige Selektion und Ordnung durch eine Fragebogenuntersuchung experimentell ansetzen zu wollen, scheint eine Sysphosarbeit.

Um eine gewisse Kontrolle über die Verzerrung der Ergebnisse in Richtung sozialer Erwünschtheit zu haben, haben wir einige "Lügenitems" in den Fragebogen mit eingearbeitet.

### 3.1.6. Wahl der Versuchspersonen

Nach der Art der Versuchspersonen zerfallen die bisherigen Untersuchungen in zwei Gruppen: Zum einen wurden diagnostizierte Alkoholiker untersucht, wobei man als Kontrollgruppen irgendwelche Personen oder klinische Gruppen verwendete, über deren Trinkverhalten oder Trinkvorgeschichte nichts bekannt war. Hier weiß man nicht, gegen was man die Extreme vergleicht, wie sich die Kontrollgruppen in Bezug auf das Kriterium verhalten. Auch wurden zum Beispiel Trinkmotivationen oder -einstellungen nie von Alkoholikern erhoben. Zum andern wurden - meist anhand größerer Umfragen - Personen aus der allgemeinen Bevölkerung befragt oder auch spezielle Berufsgruppen. Dabei wurden meist Trinksitten und -einstellungen erhoben. Diese wurden auch auf Konsumhöhe und in einigen wenigen Untersuchungen auch auf Alkoholprobleme (nach der hier vertretenen Theorie also auf Alkoholismuskriterien) befragt. Hier kommt aber von klinischer Seite immer wieder der Einwand, daß dies nichts mit Alkoholismus zu tun habe, oder daß ungewiß sei, ob und wieviele der auf diesem Wege identifizierten Problemtrinker in Wahrheit "Alkoholiker" seien, die nur noch nicht entdeckt seien.

Nach dem hier vertretenen Alkoholismuskonzept, nämlich dem des problematischen Trinkens, gibt es keine "wirklichen" und "eigentlichen" Alkoholiker. Vielmehr gibt es Personen mit unterschiedlich hohem Alkoholkonsum, die auf einem

Kontinuum von Abstinenz bis zu den höchsten Quantitäten und Frequenzen liegen. Und es gibt Personen, deren Trinkverhalten oder dessen körperliche Folgen oder Verhalten unter Alkohol entweder von ihnen selbst problematisiert wird, oder zu Problemen mit ihrer sozialen Umgebung führt. Der Grad der Problematisierung hängt nicht nur von der Höhe des Alkoholkonsums ab, sondern in mindestens ebenso starkem Maße von objektiven Möglichkeiten und den Reaktionen des Betreffenden und den Reaktionen seiner sozialen Umgebung. Ab welcher Konsumhöhe und/oder ab welchem Problemausmaß man jemanden einen Problemtrinker oder einen Alkoholiker nennt, ist völlig willkürlich, es gibt dafür keine "objektiven" Kriterien. Alkoholiker wird jemand dann genannt, wenn entweder er selbst oder eine oder mehrere Bezugspersonen finden, daß die Trinkprobleme ein solches Ausmaß erreicht haben, daß sie nicht mehr allein bewältigt werden können, sondern die Intervention eines Professionellen notwendig ist.

Um ein solches Konzept belegen zu können, braucht man einerseits anderweitig als solche diagnostizierte Alkoholiker, andererseits Personen aus der Normalbevölkerung jeder Konsumhöhe und mit und ohne Alkoholprobleme. Wenn wir davon ausgehen, daß vereinzelte und vorübergehende Probleme aufgrund von Alkohol relativ weitverbreitet in der Normalbevölkerung sind, der Anteil derjenigen mit mehreren und/oder häufig wiederkehrenden Alkoholproblemen aber relativ gering ist, müssen sehr viele Personen aus der Normalbevölkerung untersucht werden, um zu Vergleichszwecken ausreichend viele Personen mit gehäuften Alkoholproblemen zu erhalten bzw. es müssen Bevölkerungsgruppen mit vermutlich hoher Prävalenz solcher Personen mit einbezogen werden.

Gleichzeitig kann ein solches Verfahren, das also außer der Extremgruppe Alkoholiker auch vermutete Vorformen jeden Schweregrades mit einschließt, einen - wenn auch nicht



vollwertigen Ersatz für eine überaus aufwendige Längsschnittuntersuchung darstellen. Wir wissen von den in der Normalbevölkerung ermittelten Problemtrinkern natürlich nicht, wer von ihnen und wieviele später einmal als Alkoholiker diagnostiziert werden. Es ist aber anzunehmen, daß diese ein relativ hoher Prozentsatz sein wird, daß wir hier diejenige Gruppe mit dem höchsten Alkoholismusrisiko identifizieren, diejenige also, die von einem präventiven Standpunkt am meisten interessiert. Präventiv angehen könnte man diesen Personenkreis, indem man entweder den Problematisierungsprozeß aufzuhalten oder auf die Verhaltens- und Sichtweisen einzuwirken versucht, die einen hohen Zusammenhang mit problematischem Alkoholkonsum aufweisen. Sieht man die in der Normalbevölkerung ermittelten Problemtrinker als Vorformen von späterem Alkoholismus, ist allerdings zu bedenken, daß die bei der Untersuchungsgruppe der diagnostizierten Alkoholiker die Möglichkeit besteht, daß deren Einstellungen bereits durch den Diagnostizierungs-, Hospitalisierungs- oder Therapieprozeß verändert sind. Dieses Dilemma ist allerdings nicht aufhebbar, da man sich ohne vorherige Diagnose von außen sonst wieder dem Verdacht aussetzt, die Untersuchten seien gar keine "echten" Alkoholiker.

Bezüglich der anzuzielenden Repräsentativität der zu Untersuchenden ergab sich folgende Schwierigkeit. Einerseits ist nach den Ausführungen im ersten Teil der Arbeit klar, daß die Untersuchungsvariablen eindeutig populationsabhängig sind, sodaß von daher eine möglichst präzise Repräsentativität für die BRD oder noch besser eine absolute Zufallsauswahl anzustreben gewesen wäre, um Stichprobenfehler so weit wie möglich auszuschalten. Andererseits hätte das einen Aufwand bedeutet, der im finanziellen Rahmen des Forschungsprojektes nicht zu bewältigen war. Zudem kam es mehr auf die Erforschung der Zusammenhänge zwischen Kriterien und Kovariablen an als auf eine exakte Prävalenz-

-

deskription für die Bevölkerung der BRD. Für diesen Zweck aber ist Repräsentativität von nicht so ausschlaggebender Bedeutung. In Anbetracht der finanziellen und zeitlichen Situation und in Anbetracht des Forschungsstands und der Art der Untersuchung, die sich eher als Pilot-Study versteht, wurde daher beschlossen, auf eine absolut repräsentative oder zufällige Auswahl zu verzichten, und stattdessen nur darauf zu achten, die Vpn aus möglichst vielen verschiedenen Quellen zu rekrutieren, und die Zielgruppen so auszuwählen, daß in etwa eine repräsentative Verteilung nach den hauptsächlichsten demographischen Merkmalen zu erwarten ist. Um den Erfolg dieses Verfahrens zu überprüfen und mögliche Verzerrungen sichtbar zu machen, wurde beschlossen, von allen Vpn möglichst viele demographische Merkmale mitzuerheben.

### 3.2. Methode

#### 3.2.1. Anlage der Gesamtuntersuchung

Wie in der Einleitung erwähnt, handelt es sich bei der hier referierten Fragebogenuntersuchung um einen Teil eines umfangreicheren Forschungsprojektes. Dieses umfaßte außer den hier beschriebenen Variablen auch noch sogenannte "mittelbare Kovariablen" und zwar aus den Themenkomplexen Aktuelle Lebensumstände und Verhaltensrepertoire, Biographie und Trinkbiographie, Soziale Unsicherheit und Befindlichkeit am Arbeitsplatz. Außerdem wurde basierend auf den Ergebnissen der hier referierten Untersuchung eine Kreuzvalidierung durchgeführt, mit einem reduzierten Fragebogen aus den Faktoren und Items, die den höchsten Zusammenhang mit den Kriterien aufwiesen und mit einer etwa gleichgroßen und gleichstrukturierten Versuchspersonengruppe. Das Miterheben der mittelbaren Kovariablen ist hier insofern ohne Belang, da

- wie wir sehen werden - die Items zu diesen Themen von anderen Vpn beantwortet wurden, sodaß kein Einfluß auf die Beantwortung der uns interessierenden Items stattgefunden haben kann. Sie müssen hier aber mit erwähnt werden, da manches in der Anlage der Untersuchung nur zu verstehen ist, wenn man diesen Umstand berücksichtigt. Es wird daher im folgenden der methodische Verlauf des Gesamtprojekts mitgeschildert.

### 3.2.2. Fragebogenkonstruktion und -herstellung

Es wurden insgesamt acht Fragebögen erstellt mit jeweils 100 - 120 Items.

Die Fragebögen erfaßten folgende Themenkomplexe:

#### Kriterien, demographische Merkmale und "Lügenitems"

Bogen A: Trinkfrequenz und -quantität, jeweils getrennt für Wein, Bier und Spirituosen (18 Items)

Demographische Merkmale (Alter, Geschlecht, Schicht etc.) (12 Items)

Bogen B: Trinkprobleme (soziale, arbeitsmäßige, finanzielle, juristische, gesundheitliche, physiologische und psychische) (78 Items)

Lügenfragen, gemischt mit irrelevanten Items (9 Items)

#### Unmittelbare Kovariablen

Bogen C: Normen und Einstellungen gegenüber Alkoholkonsum und Alkoholikern (118 Items)

Bogen D: Trinkmotivationen: Auslöser zur Erhöhung und Erniedrigung des Alkoholkonsums (118 Items)

Bogen E: Trinkmuster und -umstände (114 Items)

Bogen H<sub>2</sub>: Akute Alkoholwirkung: Befindlichkeit nach geringem und hohem Alkoholkonsum, einzustufen anhand zweier identischer Polaritätsprofile (32 Items)

Außerdem wurden die mittelbaren Kovariablen erfaßt mit den Fragebögen Bogen F (Aktuelle Lebensumstände und Verhaltensrepertoire), Bogen G (Biographie und Trinkbiographie) und Bogen H<sub>1</sub> (64 Items zur sozialen Unsicherheit und Befindlichkeit am Arbeitsplatz, die zusammen mit H<sub>2</sub> gegeben wurden).

Zur Beantwortung wurden die Fragebögen mit IBM-Markierungsbögen für maschinelle Auswertung versehen. Die Inhalte der Fragebögen werden vor der Darstellung der jeweiligen Ergebnisse nochmals detaillierter beschrieben.

Bei den Titeln der Fragebögen handelt es sich um die Variablen, die wir in der oben dargestellten Literaturübersicht als zentrale Variablen einer Reihe von Theorien herauszuschälen konnten. Zur Durchstrukturierung und Itembildung zu diesen Themen gingen wir praktisch so vor, daß wir alle in Frage kommenden fraglichen Literaturstellen auf mögliche Aspekte des jeweiligen Themas durchsahen und alle uns zugänglichen Fragebögen auf diesem Gebiet auf zu den Themen passende Items durchsahen. Zu nur literarisch vorhandenen Aspekten wurden brain-stormings in Kleingruppen durchgeführt. Die Antwortkategorien wurden für jeden Bogen einzeln festgelegt. Dabei sollten sie innerhalb eines Bogens möglichst einheitlich sein, was sich aber nicht immer durchhalten ließ. Schwierigkeiten bereitete die Ermittlung von vorzugebenden Antwortkategorien bei den einzelnen Trinkproblemen, da wir hier teilweise zu wenig über die empirische Häufigkeit wußten. Die Kategorien wurden daher mit Hilfe von Vorversuchen (Befragungen in Münchner Kneipen) ermittelt. Bei allen Fragebögen wurden meist Häufigkeitskategorien verwendet, wobei die meisten vierstufig waren, um ein Ausweichen in die neutrale Mitte zu verhindern. Bei der Itemkonstruktion galten ansonsten die üblichen Richtlinien.

### 3.2.3. Stichprobengewinnung

Zur Gewinnung von Personen aus der Normalbevölkerung wurde schriftlich, telefonisch und persönlich Kontakt zu leitenden Personen in Firmen, Ämtern und Institutionen aufgenommen. Dabei wurde auf eine möglichst breite Streuung der Versuchspersonen nach den soziologischen Primärdaten geachtet. Außerdem wurden bestimmte Extremgruppen oder Risikopopulationen einbezogen (Obdachlose, Bauarbeiter, Brauereiangestellte).

Zur Befragung von Alkoholismuspatienten wurde zu den Landesnervenkliniken in Haar bei München und in Günzburg Verbindung aufgenommen, wie auch zu privaten Nervenkliniken und verschiedenen Alkoholikerheilstätten in Bayern und Baden-Württemberg, außerdem zur Poliklinik des MPIP.

### 3.2.4. Durchführung der Befragung

Da das Fragebogenmaterial insgesamt zu umfangreich war, um von einer Versuchsperson vollständig beantwortet zu werden, wurden die Bögen wie folgt über die Personen verteilt: Jede Versuchsperson erhielt die beiden Kriterienfragebögen und jeweils einen der Kovariablenfragebögen zusammen mit einer schriftlichen Anleitung in einem Umschlag. Die Umschläge wurden vorher so zusammengestellt, daß jede 6. Versuchsperson den gleichen Kovariablenfragebogen erhielt.

Beispiel: Vp 1 erhält die Bögen A, B und C; Vp 2 die Bögen A, B und D; Vp 3 die Bögen A, B und E; usw.

Auf diese Weise hielt sich die Anzahl der zu beantwortenden Fragen für jeden einzelnen in Grenzen (ca. 250), dennoch kann man für alle Kovariablen die Korrelationen mit den Kriterien bestimmen und erhält für alle Fragebögen eine Stichprobe aus allen Teilpopulationen. Die Fragebögen wur-

uen in den meisten Fällen von den Betriebsräten oder Personalchefs an die Betriebsangehörigen verteilt und im verschlossenen Umschlag anonym wieder eingesammelt. (Rücklaufquote: 64%)

Zuweilen wurde das Verfahren leicht modifiziert: Zum Beispiel wurden die Bögen auf Betriebsversammlungen ausgegeben und dort gleich ausgefüllt, oder aber sie wurden von den Befragten selbst an das MPIP zurückgesandt. Bei den Alkoholismuspatienten und den Obdachlosen erwies sich das völlig selbständige Beantworten der Bögen in vielen Fällen als nicht durchführbar. In diesen Fällen wurde von den Interviewern durch Vorlesen oder Ausfüllen nach Angabe Hilfestellung geleistet. Die Obdachlosen wurden als einzige Versuchsgruppe für ihre Mitarbeit bezahlt (DM 5,- pro Person).

Auf diese Weise kamen insgesamt 1512 Vpn zusammen, etwa 1300 "Normalpersonen" und etwa 200 diagnostizierte Alkoholiker. Die Stichprobe der "Normalpersonen" setzte sich aus 15 Gruppen, die der Alkoholiker aus 8 Gruppen zusammen, wie im einzelnen aus der folgenden Aufstellung (Tab. 4) ersichtlich ist.

Nach dem oben beschriebenen Vorgehen der Fragebogenausgabe liegen also Daten zu den demographischen Merkmalen, zu den Kriterien und zu den "Lügenitems" von allen 1512 Vpn vor, während die einzelnen Kovariablenbögen von jeweils etwa 250 Vpn beantwortet wurden, die sich über alle in der Tabelle genannten Einzelstichproben verteilen, d.h. jeder Bogen wurde von jeder Stichprobe beantwortet.



Tabelle 4: Aufstellung der Einzelstichproben

| <u>Stichproben: Allgemeinbevölkerung<br/>und Extremgruppen</u>                  | <u>N eingegange-<br/>ne Antworten</u> | <u>Anteil an<br/>Gesamtstich-<br/>proben</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------------------|
| Messerschmidt-Boelkow-Blohm                                                     | 129                                   | 8,5 %                                        |
| Gienger Sanitäranlagen                                                          | 17                                    | 1,1 %                                        |
| Bayerische Hypotheken-<br>und Wechsel-Bank                                      | 166                                   | 11,0 %                                       |
| IBM                                                                             | 105                                   | 6,9 %                                        |
| Frauenwohnheime                                                                 | 17                                    | 1,1 %                                        |
| Lodenfrey                                                                       | 26                                    | 1,7 %                                        |
| Innungskrankenkasse                                                             | 31                                    | 2,5 %                                        |
| Pfanni-Werke                                                                    | 14                                    | 0,9 %                                        |
| Obdachlosenasyll                                                                | 59                                    | 3,9 %                                        |
| Bundesbahn-Ausbesserungswerke                                                   | 245                                   | 16,2 %                                       |
| Bundespost                                                                      | 285                                   | 18,8 %                                       |
| Bayerisches Landesamt für Umweltschutz                                          | 48                                    | 3,1 %                                        |
| Soeffing KG, Essen                                                              | 85                                    | 5,6 %                                        |
| Loewenbräu/Thosti-Bauarbeiterwohnheim                                           | 17                                    | 1,1 %                                        |
| Siemens-Kurklinik                                                               | 64                                    | 4,2 %                                        |
|                                                                                 | <u>1308</u>                           | <u>86,6 %</u>                                |
|                                                                                 | -----                                 | -----                                        |
| <u>Stichproben: Alkoholiker</u>                                                 |                                       |                                              |
| <u>Heilstätten: Annabrunn, Roemerhof,</u><br><u>Ringenhof, Hoechst, Gauting</u> | 135                                   | 8,9 %                                        |
| <u>Nervenheilanstalten:</u>                                                     |                                       |                                              |
| Haar, Günzburg                                                                  | 58                                    | 3,8 %                                        |
| Poliklinik: MPIP                                                                | <u>11</u>                             | <u>0,7 %</u>                                 |
|                                                                                 | <u>204</u>                            | <u>13,4 %</u>                                |
|                                                                                 | <u>1512</u>                           | <u>100,0 %</u>                               |
|                                                                                 | =====                                 | =====                                        |

### 3.2.5. Datenaufbereitung und statistische Analyse

Zur Datenaufbereitung wurden folgende Schritte durchgeführt:

- Herstellen von Computerprogrammen
- Sortieren, Ergänzen und Korregieren der Antwortbögen
- Verlochen der Daten mit Markierungsleser IBM 1232
- Eingabe der ca. 1000 Itemtitel und Einlesen der Daten
- Überprüfen der Vollständigkeit und Richtigkeit der Datenübertragung, Fehlersuche und Korrektur.

Die so aufbereiteten Daten wurden folgenden Auswertungsschritten unterzogen:

#### Analyse 1: Untersuchung der erhobenen demographischen Merkmale (Kontrollvariablen)

- Frequenzauszählung der Antwortkategorien aller Items über alle Stichproben, grafische Darstellung der Kontrollvariablen (Histogramm)
- Korrelation und Faktorenanalyse der Kontrollvariablen miteinander
- Bestimmung des Einflusses der Kontrollvariablen auf Kriterien und Kovariablen: Korrelationen mit allen Kriterienscores bzw. -faktoren und allen Kovariablenfaktoren (s.u.)

#### Analyse 2: Untersuchung der Kriterien

- Festsetzung der Trinkkriterien

Trinkfrequenz (A 13 bis A 15): Jede Vp erhielt für jede der drei Getränkearten einen Wert, der die jeweilige Trinkfrequenz wiedergibt. Einfache Gewichtung der Antwortmöglichkeiten bei jedem Item.

Trinkquantität: Faktorenanalyse aller abgestuften Quantitätsfragen rechtfertigte vier zusammenfassende Werte pro Person, nämlich Bierquantität, Weinquantität, Spirituosensquantität und Abstinenz (Minimalmengen) für alle drei Getränkearten.

- Zusätzlich wurden Quantitäts- und Frequenzwerte zu einem Gesamttrinkscore (A 35) zusammenaddiert.

- Faktorenanalyse des Fragebogens über Trinkprobleme (B-Kriterien, 3 Faktoren)
- Validierung der verschiedenen Kriterien aneinander. Korrelationen der Kriterien von A (Frequenz und Quantität) und B (Trinkprobleme) miteinander. Korrelation aller eben beschriebenen A-Kriterien (A 13, 14, 15 und A 31-35) mit den B-Faktoren und den einzelnen B-Items.

### Analyse 3: Untersuchung der Kovariablen

- Faktorenanalyse der Fragebögen (C-H) über Kovariablen des Problemtrinkens. Vergleich mehrerer Extraktionsverfahren zur Verbesserung der Faktorenstruktur. Inhaltliche Interpretation der Faktoren. Zusammenstellung der Faktorenvarianzanteile und einer repräsentativen Itemliste für jeden Faktor.
- Validierung der Kovariablenfaktoren  
Korrelationen von allen Kovariablenfaktoren (und Einzelitems) und A-Kriterienscores und B-Kriterien (Faktoren und Items). Bestimmung der multiplen Korrelation, jeweils der Faktoren eines Kovariablen-Fragebogens mit den einzelnen Kriterien (für alle Kovariablen-Fragebögen).
- Kriteriumsorientierte Selektion von Kovariablen des Problemtrinkens. Unabhängig von den Ergebnissen der Faktorenanalyse wurden die Items der Fragebögen mit Hilfe multipler Regression zur Prediktion der Kriterien selektiert (3 Skalen). Bestimmung der multiplen Korrelationen hiervon.

### Analyse 4: Untersuchung von Gruppenunterschieden

- Bildung der Gruppen: Alkoholiker, Problemtrinker, Normaltrinker - Auswahlkriterien für die Alkoholikergruppe: Zugehörigkeit zu einer der Alkoholikerstichproben oder Frage nach Entziehungskur positiv beantwortet. - Problemtrinker: Wert von über .65 auf mindestens einen der B-Faktoren. (Der Wert von .65 wurde so gewählt, daß die extremen 20% der Allgemeinbevölkerungsstichprobe in diese Kategorien fallen.) - Normaltrinker: Zufallsauswahl aus den verbleibenden Vpn.

Diese Gruppierung wurde unabhängig von den Trinkkriterien A (Frequenz und Quantität) gewählt, um nichtlineare Beziehungen zwischen Trinkverhalten und Kovariablen untersuchen zu können. (Varianzanalysen s.u.)

- Gruppenunterschiede: Varianzanalysen und t-Tests zwischen den so gebildeten Gruppen: Alkoholiker, Problemtrinker und Normaltrinker, zur Feststellung signifikanter Unterschiede zwischen den Gruppen bei den Kriterien- und Kovariablenfaktoren und den Einzelitems der Kriterien Ab und B, sowie der Kontrollvariablen. Bei nicht kontinuierlichen (nominalen) Kontrollvariablen statt dessen Chi-Quadrat-Tests.

### 3.2.6. Beschränkungen des Aussagewerts

Weiter oben wurde bereits ausführlich dargelegt, wie der Wert wissenschaftlicher Aussagen zu bemessen ist, die man generell von Untersuchungen dieser Art erwarten kann.

Nachdem das spezielle Design vorgestellt wurde, läßt sich hierzu noch folgendes ergänzen:

In Bezug auf die Repräsentativität waren bereits vor der Analyse der erhobenen demographischen Merkmale durch die Art einer Datenerhebung folgende Merkmale der Stichprobe bekannt: Bei den Personen aus der allgemeinen Bevölkerung handelt es sich fast ausschließlich um in Bayern Ansässige und zwar vorwiegend um Münchner, da fast ausschließlich Betriebe aus dem Münchner Raum herangezogen wurden. Nur 149 Personen, also gut 10%, hielten sich auf jeden Fall zum Zeitpunkt der Befragung in anderen Teilen der BRD auf. Die als Alkoholiker diagnostizierten Personen hielten sich zu diesem Zeitpunkt in entsprechenden Institutionen in Bayern und Baden-Württemberg auf. Nach dem Einzugsgebiet dieser Institutionen zu urteilen, dürfte es vorwiegend um in Süddeutschland Ansässige handeln, allerdings nicht nur aus dem Münchner Gebiet.

Da es sich bei den Versuchspersonen (bis auf die Obdachlosen und eventuell einen Teil der Alkoholiker) fast ausschließlich um Angehörige von öffentlichen oder privaten Betrieben handelt, sind praktisch keine Nicht-Berufstätigen (wie Schüler, Studenten, Hausfrauen, Rentner) vertreten, ebenso praktisch keine Selbständigen.

Außerdem bestimmt der Zugang über die Betriebe natürlich auch die Altersgrenzen. Gemäß den gesetzlichen Altersregelungen der Berufstätigkeit in der BRD können in unserer Stichprobe keine Vpn unter 14/15 Jahren auftreten und kaum solche über 65 Jahre. Dies entspricht allerdings durchaus unserer Intention, da wir alkoholtrinkende Bevölkerung erfassen wollten. Der Beginn des mehr als sporadischen Alkoholkonsums scheint in unserer Gesellschaft mit der Aufnahme der Berufstätigkeit altersmäßig zusammenzufallen, wahrscheinlich deshalb, weil beide ine Übernahme der Erwachsenenrolle darstellen. Auch scheinen Alkoholkonsum und Alkoholprobleme in höherem Alter als dem des Ausscheidens aus dem Arbeitsprozeß bis zur Unerheblichkeit abzufallen (CAHALAN, 1970; CAHALAN et al., 1969). Auf jeden Fall sind sie dann von keinerlei präventivem Interesse mehr.

Außerdem handelt es sich bei unseren Versuchspersonen ausschließlich um Freiwillige, über deren Motivation zur Teilnahme nur spekuliert werden kann, da außer bei den Obdachlosen kein finanzieller Anreiz bestand. Unseren Beobachtungen nach spielten hier auch in ganz erheblichem Umfang Gruppenprozesse mit hinein, die im wesentlichen durch die Einstellung der Betriebsleitung zu dem Projekt und den Beziehungen zwischen der Leitung und den Angestellten bestimmt waren. Etwaige Selektionsmechanismen innerhalb der einzelnen Betriebe entziehen sich aber durch die Anonymität der Befragung unserer Kenntnis.

Außerdem wurden nur die Personen selbst über ihr eigenes Verhalten und ihre eigenen Anschauungen befragt, wie wohl Normen der sozialen Umgebung, die auf das Individuum angewendet werden, wahrscheinlich häufig wichtiger sind. Wir haben uns jedoch bemüht, Normen und Verhalten der Umgebung wenigstens insoweit zu erfassen, als sie vom Individuum direkt erlebt werden. Andererseits wird natürlich ein interaktionelles Gefüge dadurch wie auch durch den Umstand,

daß es sich um eine zeitliche Momentaufnahme handelt, nur wenig sichtbar. Vom Design her fällt auf, daß die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kovariablen nicht sichtbar werden können. Dies ist sicher ein ernstes Manko, da wir auf diese Weise nicht wissen, wie redundant die erhobenen Informationen sind. Es ist theoretisch möglich, daß sie alle untereinander so hoch korrelieren, daß sie nicht mehr als unterschiedliche Aspekte bezeichnet werden können, oder jedenfalls die Anzahl der verschiedenen Aspekte sich reduziert. Die Methode der Aufteilung der Kovariablenbögen unter die Vpn war jedoch ein notwendiger Schritt, da das Beantworten aller Items die Kapazität einer Person bei weitem überschritten hätte, andererseits zu diesem Zeitpunkt aber noch keine Auswahlkriterien zur Reduktion vorlagen.

Dies bleibt der Kreuzvalidierung vorbehalten, mit der das Gesamt-Projekt weiter geführt wurde. Ansonsten ist allerdings kaum zu erwarten, daß sich die Ergebnisse bei der Kreuzvalidierung stark verändern, da ja die hier verwendete Population erstens numerisch sehr groß war, und zweitens sich aus vielen heterogenen Einzelstichproben zusammensetzte.

Bei dem statistischen Design ist aber weiter zu bedenken, daß es an den meisten Stellen nur die Überprüfung simpler linearer korrelativer Zusammenhänge zuläßt. Kompliziertere Zusammenhänge, die durchaus denkbar sind, werden mit dieser Analysenform nicht aufgedeckt. Hierfür müßte man Einzelfragen herausgreifen und bedeutend komplexere Methoden anwenden. Dies ist auch mit dem vorhandenen Datenmaterial möglich, und wird - u.a. durch mehrere Diplomarbeiten - bereits versucht.

Was also anschließend an Ergebnissen geschildert wird, ist nichts, was das Material maximal ausschöpft, sondern beschreibt lediglich die einfachsten innerhalb des Materials vorfindbaren Beziehungen.



### 3.3. Ergebnisse

#### 3.3.1. Demographische Merkmale der Stichprobe

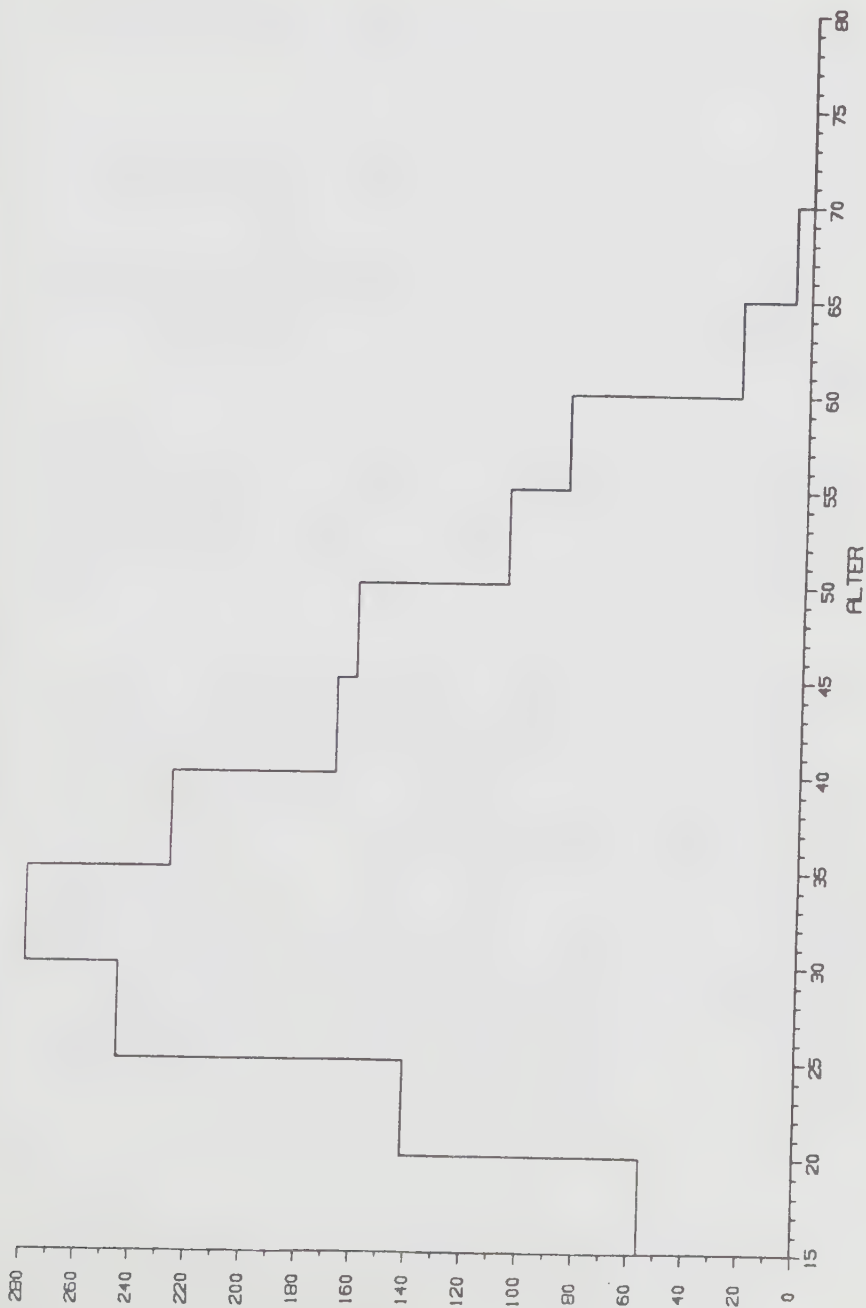
##### 3.3.1.1. Beschreibung der Stichprobe anhand der erhobenen demographischen Merkmale (Kontrollvariablen)

Es handelt sich dabei um biologische Daten (Geschlecht, Alter), Daten zu den familiären Verhältnissen (Familienstand, Anzahl der Kinder, Personen des Zusammenlebens), zum sozioökonomischen Status (Schulabschluß, Qualifikation der Tätigkeit, subjektive Schichtzugehörigkeit). Außerdem wurde die Größe des Ortes erfragt, indem die Vp aufwuchs.

Wir geben hier zunächst eine deskriptive Darstellung der Auszählung der Antworten bei den entsprechenden Items. Dies dient der Charakterisierung der Gesamtstichprobe.

##### 3.3.1.1.1. Geschlecht und Alter

In der Gesamtstichprobe befanden sich 1148 Männer (= 76,13%) und 360 Frauen (= 23,87%). Das ergibt ein Geschlechterverhältnis von M:F = 3,2:1. Ein fast identischer Wert ergibt sich in der Unterstichprobe "Alkoholiker". Bei den Alkoholikern hatten wir eine solche Proportion angezielt, da sie uns den derzeitigen Verhältnissen zu entsprechen schien, jedenfalls was die Population "in Behandlung stehende Alkoholiker in der BRD" betrifft. In Bezug auf die allgemeine Bevölkerung sind natürlich die Frauen stark unterrepräsentiert. Bei der Kreuzvalidierung ist daher eine stärkere Einbeziehung der Frauen anzustreben, wiewohl die Frauen bei den Berufstätigen wie bei den etwas stärkeren Alkoholkonsumenten zum gegenwärtigen Zeitpunkt immer in geringerer Anzahl vertreten sein werden.



Die Altersverteilung in der Gesamtstichprobe ist auf Abb. 2 graphisch dargestellt, wobei 11 Klassen zu je 5 Jahren gebildet wurden.

Die Altersverteilung erstreckt sich insgesamt von 15 bis 70 Jahre. Wie zu erwarten, wurden noch niedrigere und noch höhere Altersklassen nicht erfaßt, da die Stichprobe fast ausschließlich aus Berufstätigen besteht. Wie man sieht, ist die Verteilung leicht linksschief, d.h. d.h. die jungen Altersklassen, insbesondere die 25-40-jährigen sind stärker vertreten als die älteren.

Das arithmetische Mittel ( $\bar{X}$ ) der Verteilung liegt bei 37,9 Jahren, der Median bei 36 Jahren, der Modus bei 32,5 Jahren. Die Standardabweichung beträgt 11,1.

Die im Fragebogen eigentlich noch enthaltenen Fragen zu Gewicht und Größe werden hier ausgelassen, da sie nur bei Auspartialisierung der Geschlechtsvariablen und in diesem Zusammenhang nur als Körpervolumen pro Alkohomenge von Interesse sind.

### 3.3.1.1.2. Familiäre Verhältnisse

Die Verteilung auf die einzelnen Kategorien ist den folgenden Aufstellungen zu entnehmen.

Tab. 5: Familiäre Verhältnisse (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)

| <u>Familienstand</u> | <u>%</u> | <u>n</u> |
|----------------------|----------|----------|
| ledig                | 28,11%   | 425      |
| verheiratet          | 63,43%   | 959      |
| geschieden           | 6,68%    | 101      |
| verwitwet            | 0,99%    | 15       |
| getrennt             | 0,79%    | 12       |

(Fortsetzung Tab. 5)

| <u>Anzahl der Kinder</u> | <u>%</u> | <u>n</u> |
|--------------------------|----------|----------|
| keine                    | 46,26%   | 698      |
| eins                     | 25,38%   | 383      |
| zwei                     | 18,42%   | 278      |
| drei oder vier           | 8,28%    | 125      |
| fünf und mehr            | 1,66%    | 25       |

Personen des Zusammenlebens

(Verteilung der Antworten auf die Frage: "Mit wem leben Sie zusammen?")

|                                 | <u>%</u> | <u>n</u> |
|---------------------------------|----------|----------|
| Allein                          | 18,29%   | 276      |
| mit Ehepartner<br>und/oder Kind | 64,35%   | 971      |
| bei den Eltern                  | 10,01%   | 151      |
| bei Verwandten                  | 0,86%    | 13       |
| mit anderen Leuten              | 6,49%    | 98       |

3.3.1.1.3. Sozioökonomischer Status

Tab. 6: Schulabschluß (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)

|                | <u>%</u> | <u>n</u> |
|----------------|----------|----------|
| Sonderschule   | 0,86%    | 13       |
| Volksschule    | 45,48%   | 687      |
| Mittlere Reife | 26,80%   | 405      |
| Abitur         | 8,34%    | 126      |
| Fachschule     | 11,52%   | 174      |
| Diplom usw.    | 7,02%    | 106      |

Tab. 7: Qualifikation der Tätigkeit  
(Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)

(Antworten auf die Frage: "In welche der folgenden Gruppen würden Sie den Beruf, den Sie ausüben, einordnen?")

|                                                                                                                           | <u>%</u> | <u>n</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| a. Hilfstätigkeiten, deren Ausübung keine besonderen Fähigkeiten oder Erfahrungen erfordern                               | 5,24     | 79       |
| b. Tätigkeiten mit Anlernzeit oder Lehrzeit                                                                               | 28,16%   | 425      |
| c. Tätigkeiten nach Meisterprüfung                                                                                        | 4,51%    | 68       |
| d. Spezialfunktion: z.B. Sachbearbeiter, Verkäufer, technischer Berater, Buchhalter, Sekretärin usw.                      | 28,69%   | 433      |
| e. Leitende Funktionen der unteren Stufe (Industriemeister, Bürovorsteher, usw.                                           | 7,55%    | 114      |
| f. Leitende Funktionen der mittleren Stufe (Abteilungsleiter, Gruppenleiter, Filialleiter, Werksleiter usw.)              | 14,31%   | 216      |
| g. Spezialistenfunktion nach Hochschul-<br>ausbildung bzw. Stabsstelle mit Hoch-<br>schulerfordernissen                   | 4,24%    | 64       |
| h. Leitende Funktionen der höheren Stufe (Geschäftsleitung, Vorstand, Aufsichts-<br>rat, Chefarzt, höhere Offiziere usw.) | 1,19%    | 18       |
| i. Selbständige Position                                                                                                  | 1,46%    | 22       |
| j. Keines trifft zu (noch in Ausbildung,<br>andere Funktion)                                                              | 4,64%    | 70       |

Tab. 8: Nettoeinkommen (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)

|         |           | <u>%</u> | <u>n</u> |
|---------|-----------|----------|----------|
| unter   | 500 DM    | 3,51%    | 53       |
| 500 -   | 800 DM    | 5,31%    | 80       |
| 800 -   | 1.100 DM  | 21,95%   | 331      |
| 1.100 - | 1.600 DM  | 35,54%   | 536      |
| 1.600 - | 2.100 DM  | 15,12%   | 228      |
| 2.100 - | 3.000 DM  | 9,88%    | 149      |
| 3.000 - | 5.000 DM  | 3,98%    | 60       |
| 5.000 - | 10.000 DM | 0,53%    | 8        |
| über    | 10.000 DM | 0,33%    | 5        |
| keines  |           | 3,85%    | 58       |

Tab. 9: Subjektive Schichtzugehörigkeit (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)

(Selbsteinordnung der Vpn)

|                                                          | <u>%</u> | <u>n</u> |
|----------------------------------------------------------|----------|----------|
| Oberschicht                                              | 1,06%    | 16       |
| Mittelschicht (Akademiker, höhere Beamte u. Angestellte) | 33,91%   | 512      |
| Untere Mittelschicht (kleinere Beamte und Angestellte)   | 39,21%   | 592      |
| Arbeiter                                                 | 24,77%   | 374      |
| Unterschicht                                             | 1,06%    | 16       |



### 3.3.1.1.4. Ortsgröße in der Jugend

Tab. 10: Ortsgröße in der Jugend (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)

|           |                   | <u>%</u> | <u>n</u> |
|-----------|-------------------|----------|----------|
| unter     | 100 Einwohner     | 1,53%    | 23       |
| 100 -     | 500 Einwohner     | 3,98%    | 60       |
| 500 -     | 2.000 Einwohner   | 11,61%   | 175      |
| 2.000 -   | 5.000 Einwohner   | 9,56%    | 144      |
| 5.000 -   | 10.000 Einwohner  | 8,83%    | 133      |
| 10.000 -  | 20.000 Einwohner  | 7,23%    | 109      |
| 20.000 -  | 50.000 Einwohner  | 7,70%    | 116      |
| 50.000 -  | 100.000 Einwohner | 5,57%    | 84       |
| 100.000 - | 500.000 Einwohner | 8,23%    | 124      |
| über      | 500.000 Einwohner | 35,77%   | 539      |

### 3.3.1.2. Vergleich der Stichprobe mit Angaben aus der Bevölkerungsstatistik

Um einen Eindruck zu bekommen, wieweit unsere Stichprobe der allgemeinen Bevölkerungsstruktur entspricht, haben wir - soweit möglich - Angaben aus dem Statistischen Jahrbuch bzw. aus "Deutschland in Zahlen" zum Vergleich herangezogen. Falls vorhanden, haben wir Angaben für Bayern gewählt. Die Daten stammen alle von der Volkszählung, die 1970 durchgeführt wurde. Vergleichszahlen konnten für die folgenden Kontrollvariablen aufgefunden werden: Geschlecht, Alter, Familienstand, Anzahl der Kinder, Schulabschluß. Dagegen konnten für die Items "Personen des Zusammenlebens", "Subjektive Schichtzugehörigkeit", "Nettoeinkommen", "Qualifikation der Tätigkeit" und "Ortsgröße in der Jugend" keine Vergleichsangaben gefunden werden, da sie entweder in Volkszählungen nicht erhoben wurden, oder die Antwortkategorien von den unseren zu verschieden sind.

Tabelle 11 zeigt eine Gegenüberstellung der prozentualen Werte in den einzelnen Kategorien, wobei links jeweils die Werte aus der Bevölkerungsstatistik, rechts die Werte aus unserer Stichprobe angegeben sind. Die Angaben der Bevölkerungsstatistik stammen aus dem statistischen Jahrbuch 1973. Nur die Variable "Alter" rekrutiert sich aus dem Büchlein "Deutschland in Zahlen".

Tabelle 11: Vergleich der Kontrollvariablen mit Angaben aus der Bevölkerungsstatistik (in Prozent)

| <u>Variable</u>                               | Anteile in der<br>Bevölkerung | Anteile in der<br>Stichprobe |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <u>Proportion</u>                             |                               |                              |
| M : F<br>(ab 15 Jahre)                        | 1 : 1,06                      | 3,2 : 1                      |
| <u>Alter</u><br>(15-70-jährige) BRD           |                               |                              |
| 15-20 Jahre                                   | 7,7%                          | 3,7%                         |
| 20-25 Jahre                                   | 9,1%                          | 9,4%                         |
| 25-30 Jahre                                   | 11,1%                         | 16,3%                        |
| 30-35 Jahre                                   | 11,8%                         | 18,6%                        |
| 35-40 Jahre                                   | 9,4%                          | 15,1%                        |
| 40-45 Jahre                                   | 9,5%                          | 11,2%                        |
| 45-50 Jahre                                   | 9,3%                          | 10,7%                        |
| 50-55 Jahre                                   | 6,0%                          | 7,2%                         |
| 55-60 Jahre                                   | 9,1%                          | 5,8%                         |
| 60-65 Jahre                                   | 8,9%                          | 1,6%                         |
| 65-70 Jahre                                   | 7,6%                          | 0,4%                         |
| <u>Familienstand (BRD)</u><br>(15-70-jährige) |                               |                              |
| ledig                                         | 22,5%                         | 28,1%                        |
| verheiratet                                   | 68,5%                         | 64,2%                        |
| verwitwet                                     | 5,1%                          | 1,0%                         |
| geschieden                                    | 2,5%                          | 6,7%                         |

(Fortsetzung Tab. 11)

Anzahl der Kinder (Bayern; pro Haushalt)

|                    |       |       |
|--------------------|-------|-------|
| keine              | 45,9% | 46,2% |
| 1 Kind             | 23,9% | 25,4% |
| 2 Kinder           | 17,8% | 18,4% |
| 3 oder 4 Kinder    | 10,0% | 8,3%  |
| 5 oder mehr Kinder | 1,7%  | 1,6%  |

Schulabschluß (Bayern)

|                |       |       |
|----------------|-------|-------|
| Volksschule    | 78,0% | 46,3% |
| mittlere Reife | 8,6%  | 26,8% |
| Abitur         | 2,2%  | 8,3%  |
| Fachschule     | 8,6%  | 11,5% |
| Diplom         | 2,9%  | 7,0%  |

Über das Nettoeinkommen konnten wir lediglich die eine vergleichbare Angabe finden, daß das durchschnittliche Einkommen der Arbeitnehmer in der BRD bei DM 941,-- liegt, in München bei DM 1.241,--. Dem entspricht unser Zentralwert in der Rubrik 1.100,-- - 1.600,--.

Wie aus Tabelle 11 ersichtlich, scheint unsere Stichprobe relativ gut der Bevölkerungsstruktur zu entsprechen. Das gilt natürlich nicht für die Geschlechtsvariable, worauf weiter oben schon eingegangen wurde. Außerdem findet sich eine merkbliche Abweichung beim Schulabschluß und zwar bei den Kategorien Volksschule und mittlere Reife. Demnach sind in unserer Stichprobe einwandfrei Personen mit mittlerer Reife überrepräsentiert im Vergleich zu den Volksschülern. Dies mag mit der Überrepräsentierung der Männer

und der Unterrepräsentierung der älteren Jahrgänge zusammenhängen, da erfahrungsgemäß das Bildungsniveau der Männer im Schnitt höher liegt als das der Frauen, und ältere Jahrgänge im Schnitt über eine geringere Schulbildung verfügen.

Die Altersverteilung entspricht ansonsten recht gut den Anteilen in der Bevölkerung. Auch hier findet sich ein Gipfel bei den 25 bis 35-jährigen. Allerdings verläuft unsere Kurve etwas steiler.

Verbluffend genau sind die Übereinstimmungen bei "Familienstand" und "Anzahl der Kinder".

### 3.3.1.3. Zusammenfassung

Es wurde zunächst die 1300 Personen aus der allgemeinen Bevölkerung und 200 Alkoholiker umfassende Stichprobe nach allgemeinen, demographischen Merkmalen beschrieben, die sich aus der Art der Stichprobengewinnung sowie aus der Analyse von 10 Kontrollvariablen, die von jeder Vp erhoben wurden, ergeben. Diese Daten wurden zur Überprüfung der Repräsentativität mit Angaben aus der Bevölkerungsstatistik verglichen. Gemäß dem Hauptselektionsverfahren für die Vpn handelt es sich bei unserer Stichprobe fast ausnahmslos um Berufstätige, und zwar zwischen 15 und 70 Jahren. Bei einem Viertel der Befragten handelt es sich um Frauen. Gemäß der allgemeinen Bevölkerung sind damit die Frauen stark unterrepräsentiert, nicht jedoch im Vergleich zur Population der Alkoholiker oder der stärkeren Trinker. Ein Vergleich mit der Bevölkerungsstatistik war außerdem bei den Variablen Alter, Familienstand, Anzahl der Kinder und Schulabschluß möglich. Es konnte festgestellt werden, daß die Stichprobe in Bezug auf diese Variablen recht gut der Bevölkerungsstruktur entspricht, bis auf eine Überrepräsentierung von Personen mit mittlerer Reife im Vergleich zu Volksschülern. Außerdem muß als besonderes Charakteri-

stikum der Stichprobe festgehalten werden, daß es sich fast ausschließlich um in Bayern ansässige Personen handelte, die außerdem überwiegend aus der Großstadt (vermutlich aus München) stammen.

Insgesamt kann festgestellt werden, daß obwohl kein direktes Verfahren zur Herstellung von Repräsentativität der Stichprobe verwendet wurde (also keine ausdrückliche Zufallsauswahl und kein Quotenverfahren), dennoch eine recht gute Streuung und Verteilung entlang der Kontrollvariablen gefunden werden konnte.

### 3.3.2. Kriterien

#### 3.3.2.1. Auswahl der Kriterien

Wir wählten als Kriterien des problematischen Trinkens

1. Höhe des Alkoholkonsums (A-Kriterien): zwei Parameter der Alkoholmenge, die konsumiert wird, nämlich Frequenz und Quantität. Die Antwortmöglichkeiten waren so unterteilt, daß damit das ganze Spektrum von totaler Abstinenz bis zum extremen Alkoholkonsum erfaßt werden kann, und auch jede Art von Kombination und intraindividuelle Variabilität dieser Parameter möglich ist, also z.B. häufiges Trinken geringer Mengen oder seltenes Trinken großer Mengen. Diese Frequenz- und Quantitätsangaben wurden für die drei Hauptgetränkearten (Bier, Wein, Spirituosen) gesondert erfaßt.

2. Trinkprobleme (B-Kriterien): Der zweite Kriterienkomplex erfaßte eine Reihe von Problemen, die in den verschiedensten Lebensbereichen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum auftreten können, und zwar sofern sie der Selbstbeurteilung zugänglich sind.

Diese 78 Trinkprobleme umfaßten sowohl "klassische" Alkoholismussymptome (z.B. Kontrollverlust, morgendliches Übelsein, Toleranzsteigerung und -senkung), wie auch

schwerere und leichtere Alkoholprobleme bisher unspezifischer Natur. Solche Trinkkonsequenzen, die je nach Individuum als problematisch oder erwünscht bewertet werden können, haben wir so formuliert, daß sie nur dann erfaßt werden, wenn sie als Probleme bezeichnet wurden. Ein Item hieß also z.B.: "Als ich getrunken hatte, war ich sexuell leichter erregbar, als mir lieb ist."

Die nachfolgende Beschreibung vermittelt einen Eindruck über den Inhalt dieses Fragebogens.

Beschreibung des Fragebogens "Trinkprobleme"

(1) Soziale Probleme:

Konflikte mit Familienangehörigen, Freunden, Bekannten, Arbeitskollegen und der weiteren sozialen Umgebung (Vermieter usw.): Auseinandersetzungen, sexuelle und aggressive Entgleisungen, Kontaktabbrüche.

(2) Arbeitsprobleme:

Mangelnde Effizienz, Absentismus, Stellungswechsel und beruflicher Abstieg.

(3) Finanzielle Probleme:

Erhöhte Ausgaben für Alkoholkonsum und Geldverschwendung unter Alkohol, Einschränkung in anderen Lebensbereichen, Verschuldung.

(4) Gesetzeskonflikte:

Trunkenheit am Steuer, Delikte unter Alkohol.

(5) Gesundheitliche Probleme:

Spezifische Alkoholfolgeerkrankungen psychiatrischer und nichtpsychiatrischer Art, Unfälle, Herabsetzung des allgemeinen Ernährungs- und Gesundheitszustandes.

(6) Physiologische Abhängigkeit und Toleranz:

Nachlassen des Alkoholeffekts, Blackouts, passagere Entzugssymptome.



(7) Psychische Probleme: (Problembewußtsein)

Verheimlichung der Trinkmenge, Schuldgefühle, vergebliche Einschränkungversuche, Hilfeersuchen, Angst vor Abhängigkeit, Suizidgedanken, Präoccupation mit Alkohol, Kontrollverlust.

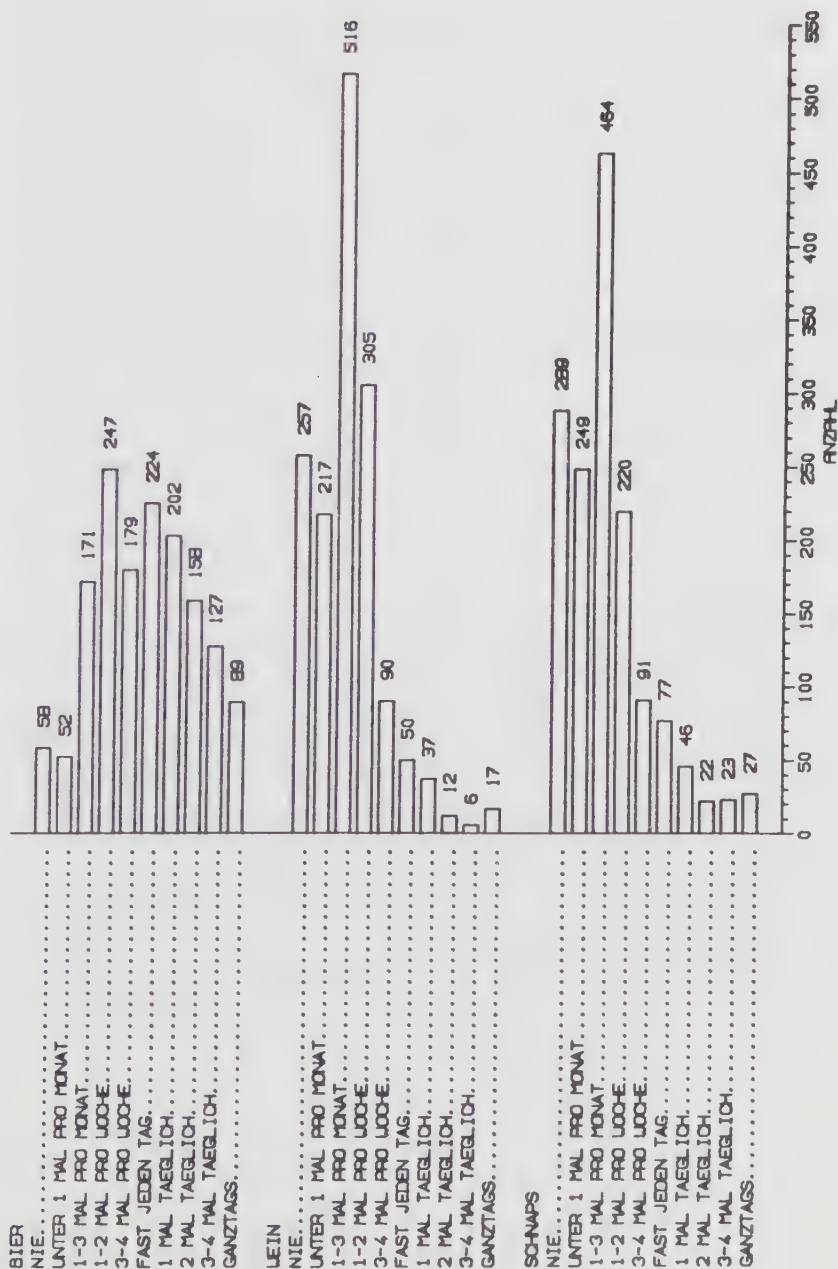
3.3.2.2. Analyse der Kriteriendaten

3.3.2.2.1. Höhe des Alkoholkonsums

Wie oben erwähnt, fragten wir nach der Quantität und der Frequenz des Alkoholkonsums, und zwar bezogen sich die Fragen auf die letzten zwei Monate, bei denen Alkoholikern auf die letzten 2 Monate vor der Entziehung. Dabei erfaßten wir bei der Quantität auch die intraindividuelle Variabilität. Wir gewannen allerdings bei den Befragungen den Eindruck, daß die Quantitäts/Variabilitätsfragen für eine Reihe von Vpn zu komplex waren, so daß sie wahrscheinlich nicht wörtlich - numerisch interpretiert werden können. Bei der Kreuzvalidierung ist wohl besser ein einfacheres Schema zu wählen.

3.3.2.2.1.1. Trinkfrequenz

Abb. 3 zeigt die graphische Darstellung der Frequenzverteilungen der einzelnen Getränkearten für die Gesamtstichprobe. Tab. 5 zeigt dieselbe Auszählung in Prozentwerten. Auf der Abbildung sieht man sofort die unterschiedliche Verteilung je nach Getränkeart. Und zwar liegt ganz deutlich die Trinkfrequenz von Bier bedeutend höher als die von Wein und Spirituosen. Bei Bier zeigt sich annähernd eine Normalverteilung über die Kategorien, wobei die mittleren Häufigkeitskategorien am stärksten besetzt sind.



Tab. 12: Prozentuale Verteilung der Trinkfrequenz

| <u>Frequenz</u>      | <u>Bier</u> | <u>Wein</u> | <u>Spirituosen</u> |
|----------------------|-------------|-------------|--------------------|
| nie                  | 3,85%       | 17,05%      | 19,16%             |
| unter 1 Mal im Monat | 3,45%       | 14,40%      | 16,51%             |
| 1 - 3 Mal im Monat   | 11,35%      | 34,24%      | 30,77%             |
| 1 - 2 Mal pro Woche  | 16,39%      | 20,24%      | 14,59%             |
| 3 - 4 Mal pro Woche  | 11,88%      | 5,97%       | 6,03%              |
| fast jeden Tag       | 14,86%      | 3,32%       | 5,11%              |
| 1 Mal täglich        | 13,40%      | 2,46%       | 3,05%              |
| 2 Mal täglich        | 10,48%      | 0,80%       | 1,46%              |
| 3 - 4 Mal täglich    | 8,43%       | 0,40%       | 1,53%              |
| den ganzen Tag über  | 5,91%       | 1,13%       | 1,59%              |

Die Verteilungen der Trinkfrequenz für Wein und Spirituosen unterscheiden sich deutlich von der Bierverteilung, sind untereinander aber fast deckungsgleich. Die geringsten Häufigkeiten sind stärker besetzt als die höheren, die Modalfrequenz liegt bei den beiden Getränkearten bei 1-3 mal im Monat. Auf diese Kategorie entfallen 34,24% der Vpn beim Weinkonsum und 30,77% beim Spirituosenkonsum. Es ist festzuhalten, daß die drei Frequenzen nach Getränkeart sich additiv verhalten in Bezug auf die gesamte Trinkfrequenz. Bierkonsumenten können zusätzlich Wein und Spirituosen konsumieren, in gleichem, höherem oder geringerem Ausmaß.

Daß die Häufigkeit des Bierkonsums bedeutend höher ist als die der anderen Getränke, ist sicher nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß vornehmlich Bayern befragt wurden.

Die Trinkfrequenzverteilung stimmt verblüffend genau mit den von WIESER (1973) für die BRD ermittelten Werte überein (siehe Tab. 1), und zwar nicht nur in der Verteilung der Frequenzen insgesamt, sondern auch für die einzelnen Getränke. Lediglich der Bierkonsum ist im Vergleich zu der Tabelle von WIESER erhöht, was aber auch mit dessen eigenen Ergebnissen übereinstimmt: bei seiner Untersuchung zeichneten sich nämlich die Bayern durch einen extrem hohen Bierkonsum aus: 39% der befragten Bayern gaben an, täglich Bier zu trinken. Wenn man die entsprechenden Werte von Tab. 5 für die vorliegende Untersuchung zusammenzählt, ergibt sich ein Prozentsatz von 38,2% der Befragten, die angeben, mindestens einmal täglich Bier zu trinken. Auch bei WIESER erwies sich insgesamt bereits für die BRD allgemein Bier als das am häufigsten konsumierte Getränk, und als d a s Getränk der regelmäßigen und täglichen Konsumenten. Bayern stellt hier also nur ein Extrem dar.

In Anbetracht der Andersartigkeit der hier verwendeten Stichprobe im Vergleich zu der von WIESER (1973), überrascht die starke Übereinstimmung, nach der wir sagen können, daß wir eine nach der Frequenz des Alkoholkonsums sowie nach der Vorliebe für die einzelnen Getränkearten repräsentative Stichprobe vorliegen habe. Eventuell ist das dadurch zustandegekommen, daß verschiedene einander entgegengesetzte Stichprobenverzerrungen das Ergebnis beeinflussten: so beinhaltet die Gesamtstichprobe weniger Frauen als üblich (die gewöhnlich eine geringere Trinkfrequenz aufweisen), aber mehr "Alkoholiker" (die gewöhnlich eine erhöhte Frequenz aufweisen).

### 3.3.2.2.1.2. Trinkquantität

#### 3.3.2.2.1.2.1. Prozentuale Verteilung der Trinkquantitäten

Tab. 13 zeigt die prozentuale Verteilung der Trinkquantitäten für die drei Getränkearten. Wie man sieht, wurden insgesamt eher die geringeren Quantitäten bevorzugt. Deutlich unterscheidet sich wieder der Bierkonsum vom Wein- und Spirituosenkonsum. Größere Quantitäten werden deutlich häufiger und von mehr Personen bei Bier getrunken als bei anderen Getränkearten. Dies stimmt ebenfalls mit den Ergebnissen von WIESER (1973) für die BRD überein, wonach Bier dasjenige Getränk war, bei dem man es am ehesten zu einem kleinen Rausch kommen ließ. (Direkte Quantitätsfragen wurden, wie erinnerlich, nicht gestellt.)

#### 3.3.2.2.1.2.2. Faktorenanalyse der Trinkquantitätsskalen

Da uns die vorhergehenden Werte für die Trinkquantität noch zu komplex und unübersichtlich schienen, und es sich der tabellarischen Aufstellung auch nicht ansehen läßt, wie die Werte untereinander zusammenhängen, haben wir die Trinkquantitätswerte faktorisiert. Es ergaben sich vier Faktoren, die mit ihren Ladungen auf Tabelle 14 dargestellt sind. Sie erklären insgesamt 56,4% der Gesamtvarianz und sind etwa gleich stark.

Ganz deutlich bilden jeweils die höheren Quantitäten einer Getränkeart einen Faktor ( $Qu_I$ ,  $Qu_{II}$  und  $Qu_{IV}$ ), während die geringsten Quantitäten der Getränke einen Extrafaktor bilden. Benutzt man diese Faktoren zur Bildung einer Typologie, so gibt es Personen mit einer ausgesprochenen Vorliebe für je eine Getränkeart (Biertrinker, Weintrinker, Spirituosentrinker) und einen Typ von Alkoholkonsumenten, der keine bestimmte Vorliebe für ein Getränk zeigt, sondern von allem nur geringste Mengen trinkt, egal was.

### 3.3.2.2.1.2.3. Summenscores der Trinkquantitäten

Ausgehend von der eben beschriebenen Faktorenanalyse wurden zur Reduktion der vielfältigen Ausgangswerte für die Trinkquantitäten Summenscores gebildet, die den Faktoren entsprechen. Wir summierten also die Antworten bei gleicher Item-Gewichtung für die vier höheren Quantitäten getrennt für jede Getränkeart. Außerdem summierten wir die Minimal-Quantitäten über alle Getränkearten. Diese Werte tauchen im folgenden als vereinfachte Kriterienwerte für die Trinkquantität unter den Bezeichnungen  $A_{31}$  bis  $A_{34}$  auf.

### 3.3.2.2.1.3. Gesamttrinkscore

Als weiterer vereinfachender und Informationen verdichtender Kriterienwert wurde aus den Frequenz- und den Quantitätswerten ein Summenwert gebildet, der im folgenden Gesamttrinkscore ( $A_{35}$ ) genannt wird.

### 3.3.2.2.2. Trinkprobleme

Der 78 Items umfassende Fragebogen über Trinkprobleme wurde von insgesamt 1507 Vpn beantwortet.

#### 3.3.2.2.2.1. Häufigste und seltenste Trinkprobleme

Um zunächst einen Eindruck zu geben, wie häufig die oben beschriebenen Alkoholprobleme überhaupt in der von uns untersuchten Stichprobe waren, haben wir in Tabelle 15 die prozentuale Häufigkeit der Alkoholprobleme zusammengestellt, die am häufigsten und am seltensten angegeben wurden. Die Prozentzahlen beziehen sich auf den Anteil von Personen in der Gesamtstichprobe, die diese Items po-



Tabelle 13: Prozentuale Verteilung der Trinkquantitäten

Als Sie in den letzten zwei Monaten Alkohol getrunken haben, wie oft haben Sie dabei ... getrunken?

| Quantität                 | nie<br>„<br>% |      | ab und zu<br>% |      | in etwas weniger<br>als der Hälfte<br>der Fälle % |      |      |     | in mehr als der<br>Hälfte der Fälle % |      |      |     | jedesmal, wenn<br>ich getrunken<br>habe % |      |      |  |
|---------------------------|---------------|------|----------------|------|---------------------------------------------------|------|------|-----|---------------------------------------|------|------|-----|-------------------------------------------|------|------|--|
|                           | B             | W    | S              | B    | S                                                 | B    | W    | S   | B                                     | W    | S    | B   | W                                         | S    |      |  |
| .. 8 oder<br>mehr Gläser  | 76,0          | 91,2 | 86,5           | 12,1 | 4,4                                               | 6,7  | 3,9  | 1,3 | 1,9                                   | 3,6  | 1,3  | 2,0 | 4,5                                       | 1,8  | 3,0  |  |
| .. 6 oder<br>Gläser       | 74,1          | 88,5 | 86,3           | 14,2 | 6,9                                               | 7,3  | 4,5  | 2,3 | 2,6                                   | 3,8  | 1,3  | 1,9 | 3,5                                       | 1,1  | 1,9  |  |
| .. 4 oder<br>5 Gläser     | 60,6          | 75,2 | 76,9           | 20,6 | 15,9                                              | 14,2 | 6,5  | 4,5 | 3,0                                   | 6,0  | 2,5  | 3,4 | 6,4                                       | 2,0  | 2,6  |  |
| .. 2 oder<br>3 Gläser     | 33,7          | 40,1 | 47,8           | 29,6 | 31,2                                              | 30,2 | 10,7 | 8,5 | 7,4                                   | 12,7 | 11,6 | 8,0 | 13,4                                      | 8,7  | 6,5  |  |
| .. 1 Glas<br>oder weniger | 19,3          | 29,6 | 29,1           | 23,8 | 31,1                                              | 33,9 | 4,8  | 6,8 | 4,4                                   | 14,3 | 9,9  | 9,8 | 37,9                                      | 22,7 | 22,9 |  |

B: Bier  
W: Wein  
S: Spirituosen

Tabelle 14: Faktorenanalyse der Trinkquantität (Aufgeklärte Gesamtvarianz: 56,4%)

| Variable (Anzahl der Gläser)                                                                        | Rotierte Faktorenladungen |                  |                   |                  | Kommunalität |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------|-------------------|------------------|--------------|
|                                                                                                     | Qu <sub>I</sub>           | Qu <sub>II</sub> | Qu <sub>III</sub> | Qu <sub>IV</sub> |              |
| Bier, acht oder mehr                                                                                | A(16) 0.607               | -0.298           | -0.195            | -0.339           | 0.610        |
| Bier, sechs oder sieben                                                                             | A(17) 0.798               | -0.168           | -0.171            | -0.265           | 0.764        |
| Bier, vier oder fünf                                                                                | A(18) 0.867               | -0.017           | -0.134            | -0.178           | 0.802        |
| Bier, zwei oder drei                                                                                | A(19) 0.702               | 0.201            | -0.085            | -0.056           | 0.543        |
| Bier, eins oder weniger                                                                             | A(20) 0.038               | 0.499            | 0.056             | 0.086            | 0.261        |
| Wein, acht oder mehr                                                                                | A(21) 0.120               | -0.151           | -0.672            | -0.280           | 0.567        |
| Wein, sechs oder sieben                                                                             | A(22) 0.188               | -0.021           | -0.769            | -0.254           | 0.692        |
| Wein, vier oder fünf                                                                                | A(23) 0.168               | 0.185            | -0.726            | -0.126           | 0.605        |
| Wein, zwei oder drei                                                                                | A(24) 0.004               | 0.463            | -0.405            | -0.019           | 0.378        |
| Wein, eins oder weniger                                                                             | A(25) -0.094              | 0.579            | -0.055            | 0.013            | 0.348        |
| Spirit, acht oder mehr                                                                              | A(26) 0.131               | -0.191           | -0.279            | -0.690           | 0.608        |
| Spirit, sechs - sieben                                                                              | A(27) 0.184               | -0.002           | -0.240            | -0.809           | 0.746        |
| Spirit, vier oder fünf                                                                              | A(28) 0.249               | 0.166            | -0.152            | -0.770           | 0.706        |
| Spirit, zwei oder drei                                                                              | A(29) 0.192               | 0.390            | -0.086            | -0.508           | 0.455        |
| Spirit, ein - weniger                                                                               | A(30) -0.032              | 0.583            | 0.020             | -0.188           | 0.377        |
| Summe der Ladungsquadrate                                                                           | 2.489                     | 1.570            | 2.000             | 2.404            | 8.463        |
| Qu <sub>I</sub> = "Bierquantität" (A <sub>31</sub> ) - (Anteil an der Gesamtvarianz: 16,6%)         |                           |                  |                   |                  |              |
| Qu <sub>II</sub> = "Minimalquantität" (A <sub>34</sub> ) - (Anteil an der Gesamtvarianz: 10,5%)     |                           |                  |                   |                  |              |
| Qu <sub>III</sub> = "Weinquantität" (A <sub>32</sub> ) - (Anteil an der Gesamtvarianz: 13,3%)       |                           |                  |                   |                  |              |
| Qu <sub>IV</sub> = "Spirituosenquantität" (A <sub>33</sub> ) - (Anteil an der Gesamtvarianz: 16,0%) |                           |                  |                   |                  |              |

sitiv beantwortet haben. Nicht berücksichtigt ist dabei, wie häufig das jeweilige Problem bei den einzelnen Individuen auftaucht. Häufig in dem Sinne, daß davon relativ viele Personen betroffen werden, scheinen vor allen Dingen folgende Probleme zu sein:

- a) Toleranzentwicklung und -senkung
- b) Probleme infolge akuter Alkoholwirkung und -nachwirkung
- c) Familiäre Ermahnungen und das Gefühl, zu viel Geld für Alkohol auszugeben.

Dagegen lassen sich die seltenen Alkoholprobleme unter die folgenden Rubriken subsumieren:

- a) Gesellschaftlicher Ausschluß
- b) massive finanzielle und berufliche Probleme
- c) schwere Straftaten unter Alkoholeinfluß.

Dieses Ergebnis stimmt mit der oben angestellten Vermutung (wie auch z.T. mit Ergebnissen von HORN und WANBERG, 1969) überein, daß es sich bei den häufigen Alkoholproblemen um solche handelt, die keine öffentliche Registrierung erfahren, während es sich bei den seltenen Problemen um solche handelt, die als schwerwiegender angesehen werden und eher eine öffentliche Registrierung erfahren.

Tabelle 15: Häufigste und seltenste Trinkprobleme  
in der Gesamtstichprobe

a) HÄUFIGE TRINKPROBLEME

|                                                                                                                          | Prozentsatz aller<br>Vpn mit Antworten<br>≠ nie |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. Man merkt es mir an, wenn ich viel<br>getrunken habe                                                                  | 60,12%                                          |
| 2. Ich kann weniger Alkohol als früher<br>vertragen                                                                      | 40,78%                                          |
| 3. Ich vertrage weniger Alkohol als die<br>meisten anderen                                                               | 37,23%                                          |
| 4. Als ich getrunken habe, saß mir das<br>Geld zu locker                                                                 | 33,97%                                          |
| 5. Aufgrund von Alkohol habe ich mich<br>mehrere Tage lang unwohl gefühlt                                                | 32,04%                                          |
| 6. Es ist mir passiert, daß ich mich an<br>Dinge, die ich während des Trinkens<br>getan habe, nicht mehr erinnern konnte | 29,97%                                          |
| 7. Meine Familienangehörigen haben mir<br>geraten, weniger zu trinken                                                    | 27,72%                                          |
| 8. Ich hatte das Gefühl, daß ich zuviel<br>Geld für Alkohol ausgabe                                                      | 25,05%                                          |
| 9. Ich habe mir vergeblich vorgenommen,<br>keinen Alkohol mehr zu trinken                                                | 23,15%                                          |
| 10. Als ich trank, war ich sexuell leichter<br>erregbar, als mir lieb ist                                                | 22,21%                                          |
| 11. Durch das Trinken hatte ich Schwierig-<br>keiten, meine Arbeit zu erledigen                                          | 22,15%                                          |

b) SELTENE TRINKPROBLEME

Prozentsatz aller  
Vpn mit Antworten  
7 nie

|                                                                                               |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1. Ich habe in angetrunkenem Zustand eine schwere Straftat begangen                           | 1,25% |
| 2. Ich bin wegen meines Trinkens zu Hause hinausgeworfen worden                               | 2,71% |
| 3. Wegen meines Trinkens habe ich eine angestrebte Prüfung nicht bestanden bzw. nicht gemacht | 2,91% |
| 4. Mir ist wegen meines Trinkens die Wohnung gekündigt worden                                 | 2,91% |
| 5. Ich habe soviel Geld für Alkohol ausgegeben, daß andere Leute für mich arbeiten mußten     | 3,30% |
| 6. Ich bin von Parties oder anderen Einladungen ausgeschlossen worden wegen meines Trinkens   | 3,31% |
| 7. Ich mußte Dinge verkaufen, um genügend Geld zum Trinken zu haben                           | 4,16% |
| 8. Durch den Alkohol habe ich eine schlechtere Stellung bekommen                              | 4,43% |
| 9. Mein(e) Partner(in) hat mich wegen des Trinkens verlassen                                  | 4,63% |
| 10. Ich habe wegen meines Trinkens Lokalverbot bekommen                                       | 4,63% |
| 11. Wegen meines Trinkens hatte ich Schwierigkeiten, Geld zu leihen                           | 4,95% |

### 3.3.2.2.2. Faktorenanalyse der Trinkprobleme

Die Faktorenanalyse der 78 Trinkprobleme erbrachte 3 Faktoren, die 49,2% der Varianz erklären, wobei 23,2% bzw. 19% auf die beiden ersten Faktoren entfallen und nur 7% auf den dritten (siehe Tabelle 16). Die beiden ersten Faktoren sind inhaltlich klar, wogegen sich bei dem dritten schlecht gemeinsame Merkmale definieren lassen.

Faktor B<sub>I</sub>: "Familiäre Kritik und Selbstkritik wegen des Trinkens" weist Items mit sehr hohen Ladungen auf, die zehn höchsten liegen zwischen .71 und .78. Auf diesem Faktor laden vor allem solche Items hoch, die anzeigen, ob das Trinken von Alkohol von dem Betreffenden selbst und von seinen Angehörigen als Problem angesehen wird, bzw. einen Fokus von Kritik, Besorgnis und Auseinandersetzungen darstellt. Hier scheint mir der weiter oben postulierte Problematisierungsprozeß deutlich zu werden: Skrupulosität, Schuldgefühle, Selbstvorwürfe in Bezug auf das Trinken; das Gefühl, nicht mehr Herr über das eigene Verhalten zu sein, verbunden mit vergeblichen Steuerungsbemühungen auf seiten des Individuums; Besorgnis, Ratschläge, Vorwürfe auf Seiten der engeren sozialen Umgebung. Dabei betreffen die Selbst- und Fremdvorwürfe anscheinend nur den Alkoholkonsum an sich: das (relativ) Zuvieltrinken, zuviel Geld für Alkohol ausgeben, nicht aber äußere Normüberschreitungen, antisoziales oder nachlässiges Verhalten unter Alkohol, sexuelle oder aggressive Entgleisungen. Wenn man will, kann man hier ein strenges "Überich" am Werke sehen, das bereits den Alkoholkonsum als solchen problematisiert. Insofern deckt sich dieser Faktor sicher mit dem von ORFORD und POSTOYAN (1970) gefundenen Faktor "concern over drinking". Allerdings kommen bei uns die Fremdvorwürfe durch die Familienangehörigen (die ORFORD und POSTOYAN nicht miterfragt hatten) zu den Selbstvorwürfen hinzu. Es kann natürlich anhand einer



Faktorenanalyse nicht entschieden werden, welche der beiden Reaktionen die jeweils andere auslöst. Denkbar sind beide Möglichkeiten: Die Fremdvorwürfe lösen die Selbstwürfe aus, der Betreffende nimmt sie sich zu Herzen, oder: die Selbstanklagen provozieren die Fremdvorwürfe, bzw. machen hellhörig für diese. Am plausibelsten scheint die Annahme einer Interaktion, eines gegenseitigen Hochschaukelns im Problematisierungsprozeß.

Auffallend ist auch, daß die Selbstvorwürfe gerade im Verband mit Vorwürfen von Familienangehörigen auftauchen, nicht aber mit solchen anderer Bezugspersonen (wofür ebenfalls ausreichend Items vorhanden waren). Das kann dahingehend interpretiert werden, daß die Familie in Bezug auf das Trinken immer noch der mächtigste soziale Sanktionsgeber ist, daß eventuelle Sanktionen von dieser Seite am ehesten internalisiert werden, am ehesten Versuche zur Verhaltensänderung bewirken, während Versuche der Verhaltensregulation von anderer Seite eher am Individuum abprallen. Weiter kann man feststellen, daß alle Items zum Kontrollverlust und zur psychischen Abhängigkeit unter den hochladenden Items des Faktors  $B_I$  zu finden sind (34, 20, 16, 29). Dieses Ergebnis stützt die weiter oben vertretene These, daß es sich beim sogenannten "Kontrollverlust" nicht um ein Krankheitssymptom handelt sondern um eine kognitiv-emotionale Reaktion des Individuums auf sein Trinken: Das Individuum stellt mit Besorgnis fest, daß sein Alkoholkonsum die eigenen Normen und/oder die seiner sozialen Umgebung überschreitet. Wir können jetzt präzisieren, daß es sich vor allem um die Normen der familiären Umgebung zu handeln scheint.

Faktor  $B_{II}$ : "Berufliche und finanzielle Probleme" weist ebenfalls eine Reihe von Items mit sehr hohen Ladungen auf: die zehn höchsten liegen zwischen .66 und .73. Er beinhaltet hauptsächlich alkoholbedingte Probleme der arbeitsmäßigen Instabilität und der finanziellen Bedrängnis.

An beruflichen Problemen tauchen hier als hochladende Items auf: Arbeitslosigkeit, Stellenwechsel, Androhung der Kündigung, beruflicher Abstieg, Absentismus. An finanziellen Schwierigkeiten finden sich Notverkäufe, Kredit- und Schuldenmachen, um den Alkoholkonsum finanzieren zu können. Im Gegensatz zum ersten Faktor handelt es sich hier eher um nach außen außerhalb der Familie auffällige, abweichende Verhaltensweisen. Um des Alkohols willen wird die geregelte Tätigkeit und die Ordnung der Finanzen vernachlässigt. Man könnte den Faktor auch "finanzielle und berufliche Unzuverlässigkeit" nennen. Wirkt der erste Faktor eher wie ein Neurotisierungsfaktor, so scheint es sich bei dem zweiten eher um einen Verwahrlosungsfaktor zu handeln. Es steht nicht die Skupulosität wegen des eigenen Handelns im Vordergrund, sondern vielmehr eine Art "acting out" ohne Schuldgefühle.

Faktor B<sub>III</sub>, mit einem Varianzanteil von 7,0% und höchsten Ladungen bei .40 bis .56 wird durch den Titel "Gesundheitliche und soziale Probleme" nur ungenügend charakterisiert. Er weist zwar eine Reihe alkoholbedingter körperlicher Langzeitschäden auf, daneben aber ein bis jetzt nicht recht durchschaubares Konglomerat psychischer und familiärer Probleme. Man wird hier auf jeden Fall abwarten müssen, ob und wie sich dieser Faktor bei der Kreuzvalidierung reproduzieren läßt, bevor man diesen Faktor weiter inhaltlich interpretiert.

Es könnte sich um einen stichprobenspezifischen Faktor handeln, der eventuell vor allem von der Gruppe der Obdachlosen getragen wird.

Tabelle 16: Faktorenanalyse der Trinkprobleme  
(Fragebogen B)

N = 1507, Anzahl der Items: 78, Anzahl der Faktoren: 3,  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 49,2%)

Faktor B<sub>I</sub> : "Familiäre Kritik und Selbstkritik wegen des  
Trinkens" (Anteil an der Gesamtvarianz: 23,2%)

Faktor B<sub>II</sub> : "Berufliche und finanzielle Probleme"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 19,0%)

Faktor B<sub>III</sub> : "Gesundheitliche und soziale Probleme"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 7,0%)

Faktor B<sub>I</sub> : "Familiäre Kritik und Selbstkritik wegen des  
Trinkens" (Anteil an der Gesamtvarianz: 23,2%)

| <u>Items</u>                                                                             | <u>Ladungen</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 33. Ich hatte Schuldgefühle wegen meines Trinkens                                        | 0.781           |
| 7. Mein Trinken hat meiner Familie Kummer berei-<br>tet                                  | 0.767           |
| 14. Meine Familienangehörigen haben mir geraten,<br>weniger zu trinken                   | 0.761           |
| 34. Ich habe mir vergeblich vorgenommen, keinen<br>Alkohol mehr zu trinken               | 0.764           |
| 41. Ich hatte das Gefühl, daß ich zuviel Geld<br>für Alkohol ausgabe                     | 0.750           |
| 20. Ich hatte Angst, abhängig von Alkohol zu<br>werden                                   | 0.740           |
| 6. Durch das Trinken war ich mit den Nerven<br>herunter                                  | 0.733           |
| 16. Ich hatte das Gefühl, die Kontrolle über<br>mein Trinken zu verlieren                | 0.723           |
| 29. Als ich zu trinken begann, konnte ich nicht<br>wieder aufhören                       | 0.720           |
| 17. Trinken hat bei mir zu Auseinandersetzungen<br>und Streit mit meiner Familie geführt | 0.718           |

Faktor B<sub>II</sub>: "Berufliche und finanzielle Probleme"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 19,0%)

| <u>Items</u>                                                                                               | <u>Ladungen</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 45. Wegen des Trinkens war ich längere Zeit ohne Arbeit                                                    | 0.725           |
| 9. Wegen des Trinkens hatte ich Schwierigkeiten, Geld zu leihen                                            | 0.715           |
| 59. Ich habe meine Arbeitsstelle gewechselt, weil ich Schwierigkeiten aufgrund meines Trinkens befürchtete | 0.690           |
| 12. Ich habe andere Leute angepumpt, um mir Geld zum Trinken zu verschaffen                                | 0.688           |
| 55. Mir ist wegen des Trinkens die Kündigung meiner Arbeitsstelle angedroht worden                         | 0.688           |
| 62. Durch den Alkohol habe ich eine schlechtere Stellung bekommen                                          | 0.681           |
| 10. Durch das Trinken bin ich von meiner Arbeitsstelle ferngeblieben                                       | 0.673           |
| 60. Ich bin in einer Ausnüchterungszelle gewesen                                                           | 0.667           |
| 22. Ich habe im Lokal wegen des Trinkens Rechnungen nicht bezahlen können                                  | 0.666           |
| 28. Ich mußte Dinge verkaufen, um genügend Geld zum Trinken zu haben                                       | 0.660           |

Faktor B<sub>III</sub>: "Gesundheitliche und soziale Probleme"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 7,0%)

| <u>Items</u>                                                                                         | <u>Ladungen</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 77. Aufgrund des Trinkens habe ich an Gewicht abgenommen                                             | 0.563           |
| 68. Es fiel mir schwer, einen Tag lang auf Alkohol zu verzichten                                     | 0.518           |
| 74. Mir nahestehende Menschen hätten sich viel mehr leisten können, wenn ich weniger getrunken hätte | 0.508           |
| 67. Ich habe soviel Geld für Alkohol ausgegeben, daß andere Leute für mich arbeiten mußten           | 0.501           |
| 75. Ich habe durch das Trinken Taubheitsgefühle in den Beinen gehabt                                 | 0.500           |
| 76. Ich habe wegen meiner Trinkprobleme an Selbstmord gedacht                                        | 0.476           |
| 66. Seit dem ich trinke, sind meine Vorgesetzten mit meiner Arbeit nicht mehr so zufrieden           | 0.473           |
| 72. Aufgrund des Trinkens habe ich Probleme mit meiner Leber gehabt                                  | 0.459           |
| 70. Durch das Trinken war es für mich schwierig, einen Partner zu finden                             | 0.430           |
| 21. Mit ist morgens übel gewesen, wassich durch Alkohol gebessert hat                                | -0.391 +)       |

+) Item hat entgegengesetzt gerichtete Antwortkategorien

### 3.3.2.2.3. Beziehungen zwischen der Höhe des Alkoholkonsums und den Trinkproblemen

Tabelle 17 zeigt die Korrelationskoeffizienten zwischen den verschiedenen Kriterienvariablen, d.h. zwischen den einzelnen Variablen der Höhe des Alkoholkonsums ( $A_{13}$  bis  $A_{35}$ ) und den Faktoren der Trinkprobleme ( $B_I$ ,  $B_{II}$ ,  $B_{III}$ ). Wie man sieht, sind diese Korrelationen relativ niedrig. Die höchste Korrelation liegt bei .45. Das Auftreten von Trinkproblemen scheint also keineswegs der Höhe des Alkoholkonsums direkt proportional zu sein. Diese niedrigen Korrelationen waren nach dem oben beschriebenen Alkoholismusmodell zu erwarten gewesen. Nach diesem Modell besteht die Hypothese, daß Alkoholkonsum nur ein Teil - wenn auch ein unbedingt notwendiger Teil - des Alkohols ist, daß aber das Auftreten von Alkoholproblemen noch von einer Reihe anderer Faktoren abhängt und nicht etwa eine direkte Folge der Höhe des Alkoholkonsums ist. Diese These wird auch von den soziokulturellen Theorien vertreten, mit Ausnahme des Verbrauchsverteilungsmodells, das hiermit als zurückgewiesen gelten kann: zumindest auf der individuellen Ebene bestimmt sich das Ausmaß von Alkoholproblemen nicht nur aus der Höhe des Alkoholkonsums. Das gilt auch, wenn man eine mögliche Verzerrung der Korrelationen durch die Schiefe der Verteilungen in Rechnung stellt.

Von den Trinkproblemen ausgehend sieht man auf Tabelle 17, der relativen Stärke der Faktoren entsprechend, daß Faktor  $B_I$  "Familiäre Kritik und Selbstkritik" insgesamt die meisten hohen Korrelationen zu den Konsumvariablen aufweist, gefolgt von Faktor  $B_{II}$  "Berufliche und finanzielle Probleme", während Faktor  $B_{III}$  "Gesundheitliche und soziale Probleme" nur minimale, z.T. sogar leicht negative Korrelationen zur Höhe des Konsums aufweist. Letzteres bestätigt die oben gemachte Annahme, daß es sich bei Faktor  $B_{III}$  eher



Tabelle 17: Korrelationen zwischen Trinkfrequenz, -quantität und Trinkproblemen  
(N = 1500)

| Variablen der Höhe des Alkoholkonsums | Faktoren der Trinkprobleme |                      |                       |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------|-----------------------|
|                                       | B <sub>I</sub>             | B <sub>II</sub>      | B <sub>III</sub>      |
| Trinkfrequenz Bier A (13)             | 0.245 <sup>xxx</sup>       | 0.126 <sup>xxx</sup> | 0.121 <sup>xxx</sup>  |
| Trinkfrequenz Wein A (14)             | 0.102 <sup>xxx</sup>       | 0.169 <sup>xxx</sup> | -0.037                |
| Trinkfrequenz Spirituos. A (15)       | 0.361 <sup>xxx</sup>       | 0.162 <sup>xxx</sup> | 0.074 <sup>xx</sup>   |
| Quantitätsscr. für Bier A (31)        | 0.402 <sup>xxx</sup>       | 0.290 <sup>xxx</sup> | 0.120 <sup>xxx</sup>  |
| Quantitätsscr. für Wein A (32)        | 0.196 <sup>xxx</sup>       | 0.328 <sup>xxx</sup> | -0.044                |
| Quantitätsscr. für Spirit. A (33)     | 0.397 <sup>xxx</sup>       | 0.228 <sup>xxx</sup> | 0.085 <sup>xx</sup>   |
| Minimal-Quantität                     | -0.190 <sup>xxx</sup>      | -0.041               | -0.146 <sup>xxx</sup> |
| Gesamt-Trinkscore                     | 0.453 <sup>xxx</sup>       | 0.344 <sup>xxx</sup> | 0.092 <sup>xxx</sup>  |

B<sub>I</sub> : "Familiäre Kritik und Selbstkritik"

B<sub>II</sub> : "Berufliche und finanzielle Probleme"

B<sub>III</sub> : "Gesundheitliche und soziale Probleme"

um einen stichprobenspezifischen handelt. Weiter ist auffallend, daß der Unterschied in der Korrelationshöhe zwischen  $B_I$  und  $B_{II}$  vor allem bei den Frequenzkriterien besteht, nicht jedoch bei den Quantitätskriterien. Bei der Darstellung der empirischen Ergebnisse anderer Arbeiten wurde bereits mehrfach darauf hingewiesen, daß das Ausmaß der Alkoholprobleme vor allem von der pro Gelegenheit konsumierten Quantität, nicht so sehr von der Häufigkeit des Trinkens abhängt. So fanden auch EDWARDS et al. (1972), daß ein Trinken in hoher Frequenz, aber geringer Quantität auf einmal relativ problemfrei ist (auch wenn dieser Trinkstil insgesamt eine relativ hohe Quantität ergibt). Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen diesen Zusammenhang, wenn man alle Probleme zusammen in Betracht zieht. Wir können die Aussage aber dahingehend präzisieren, daß häufiges Trinken geringer Mengen vor allem bezüglich der außerfamiliären Probleme relativ risikoarm ist. Der Zusammenhang erklärt sich wahrscheinlich dadurch, daß es bei geringen Quantitäten - auch wenn in hoher Frequenz getrunken wird - praktisch nicht zu merkbaren Verhaltensbeeinträchtigungen unter Alkohol oder durch Alkoholnachwirkung kommt. Z.B. gibt es keinen Kater oder Noch-Angetrunkensein auf der Arbeit und damit auch keine Leistungsbeeinträchtigung. Auch erscheint das Individuum mit diesem Trinkstil vermutlich niemandem als unzuverlässig, da es nie alkoholbeeinträchtigt erlebt wird. Der Alkoholkonsum ist für die weitere soziale Umgebung nicht merkbar. Dagegen kann ein solcher Trinkstil, also eine erhöhte Frequenz des Trinkens durchaus bereits eine Problematisierung durch das Individuum selbst bzw. seine nähere soziale Umgebung erfahren. Nur für das Individuum und seine nähere soziale Umgebung ist ja das Trinken in diesem Fall überhaupt wahrnehmbar, wobei allerdings angenommen werden muß, daß das Trinken - auch der geringen Quantitäten - hauptsächlich ein Freizeitverhalten des Individuums darstellt, daß es also situationsspezifischen Normen gemäß trinkt.

Von den Variablen der Konsumhöhe ausgehend läßt sich außerdem folgendes feststellen: Das Gesamtvolumen der konsumierten Alkoholmenge, das sich aus den Frequenz und Quantitätswerten über alle einzelnen Getränkearten zusammensetzt und hier im "Gesamttrinkscore" vertreten ist, weist insgesamt etwas höhere Korrelationen mit dem Problemausmaß auf als die Einzelmaße. Dies ist daraus verständlich, daß ja alle Maße einzeln bereits Korrelationen aufweisen und sich der Zusammenhang verstärkt, wenn man alle Maße berücksichtigt. Ebenfalls erwartungsgemäß zeigt der "Abstinenz-Score" (oder besser Minimalmengen-Score), der über alle Getränkearten gebildet wurde, negative Korrelationen mit den Trinkproblemfaktoren.

Von der Art des Getränks ausgehend ist folgendes festzustellen: den höchsten Zusammenhang mit den Problemfaktoren zeigt der Bier- und Spirituosenkonsum. Dabei weist der Bierkonsum innerhalb der Quantitätsangaben, der Spirituosenkonsum bei den Frequenzangaben die relativ höchsten Korrelationen auf. Weinkonsum weist insgesamt geringere Korrelationen mit den Trinkproblemen auf. Die relativ ausgeprägteste zeigt dabei Weinquantität mit dem Auftreten beruflicher und finanzieller Probleme.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedoch folgendes zu beachten:

Bei dem Zusammenhang der Trinkprobleme mit der Bierquantität und -frequenz kann es sich um einen regionalen Faktor handeln. Wie aus den Tabellen 12 und 13 hervorgeht, ist Bier das Getränk, das von weitaus mehr Personen in großen Quantitäten und Häufigkeiten getrunken wird als die übrigen Getränke. Es ist möglich, daß jeweils das Getränk den stärksten Zusammenhang mit dem Auftreten von Trinkproblemen hat, das in der jeweiligen Gegend in den größten Quantitäten und Frequenzen getrunken wird, also z.B. in einer Weingegend wie Italien der Wein, in einer Spirituosengegend wie Finnland der Schnaps. Dies würde die Behauptung von SCHMIDT und De LINT (1971) bestätigen, wonach die Alko-

holismusrate vom speziellen Getränk unabhängig ist, und Alkoholiker jeweils das Getränk bevorzugt trinken, das in ihrer Region bevorzugt getrunken wird.

Wenn Trinkprobleme überhaupt erst bei höheren Quantitäten auftreten, besteht ein höherer Zusammenhang immer mit dem Getränk, das in größeren Quantitäten getrunken wird, das von Region zu Region und von Land zu Land unterschiedlich ist. Außerdem ist es im vorliegenden Material möglich, daß die Korrelationen mit der Höhe des Weinkonsums dadurch herabgesetzt sind, daß die Frequenz- und Quantitätsangaben von jeder Vp für alle Getränke getrennt erfaßt wurden, und zwar auf folgende Weise: diejenigen Personen, die einen hohen Bier- oder Spirituosenkonsum und gehäufte Trinkprobleme haben, aber keinen oder wenig Wein trinken, verfälschen die Korrelationen der Weinkonsumvariablen. Sie haben gehäufte Trinkprobleme, obwohl sie nicht viel Wein trinken, da ihre Probleme auf den hohen Konsum anderer Getränke zurückzuführen sind. Es darf also aus den unterschiedlich hohen Korrelationen der einzelnen Getränkearten mit den Trinkproblemfaktoren nicht ohne weiteres gefolgert werden, daß der Konsum des einen Getränks "gefährlicher" sei als der eines anderen.

Die eben angeführten Argumente gegen die Getränkespezifität als problem erzeugenden Faktor gilt nicht für den Spirituosenkonsum. Spirituosen werden insgesamt nur von wenigen Personen einigermaßen regelmäßig getrunken und ebenfalls von nur wenigen in größeren Quantitäten pro Gelegenheit. Doch scheint bereits ein einigermaßen regelmäßiger Konsum dieser starken Getränkeart eine starke interne Problematisierung zu erfahren. Da sich diese höhere Problematisierung nicht gleichermaßen in höheren Korrelationen zu den äußeren Problemen ( $B_{II}$ ) spiegelt, kann angenommen werden, daß es sich hier weniger um einen Effekt des Getränks handelt, sondern um die Auswirkung einer getränkespezifischen Einstellung. Spirituosen gelten als "härter" und ge-

fährlicher, was schon in ihrer stärkeren Besteuerung und dem Abgabeverbot an Jugendliche zum Ausdruck kommt. Dadurch wird Spirituosenkonsum wahrscheinlich schon dann problematisiert, wenn er überhaupt in einiger Regelmäßigkeit oder nennenswerten Quantitäten auftritt.

### 3.3.2.3. Zusammenfassung

Gemäß unserer Alkoholismusdefinition erfaßten wir als Kriterien des Alkoholismus bzw. des problematischen Trinkens von allen 1500 Vpn Parameter der Höhe des Alkoholkonsums, nämlich Frequenz und Quantität sowie eine Reihe von Trinkproblemen. Frequenz und Quantität zeigen ein Überwiegen des Bierkonsums, was in Bayern nicht verwunderlich ist. Die Faktorenanalyse der Trinkquantitäten und Mengenvariabilitäten erbrachte drei getränkespezifische Faktoren (Bier, Wein, Spirituosen, jeweils größere Quantitäten) und einen Faktor Minimalquantität, der sich über alle 3 Getränkearten erstreckt.

Die 78 Trinkprobleme wurden ebenfalls faktorisiert. Dabei ergaben sich 3 Faktoen, die 43,8 der gesamten Varianz erklären. Inhaltlich läßt sich der erste Faktor als "Familiäre Kritik und Selbstkritik wegen des Trinkens" interpretieren, während der 2. Faktor berufliche und finanzielle Probleme umfaßt. Der 3. Faktor ist inhaltlich nicht so klar interpretierbar. Er umfaßt neben gesundheitlichen, verschiedene andere Probleme. Die beiden Kriterienarten zeigen relativ niedrige Korrelationen miteinander. Schon von daher kann angenommen werden, daß das Auftreten von Trinkproblemen nicht nur von der Höhe des Alkoholkonsums abhängt. Die einzelnen Getränke, die Frequenz- und die Quantitätsmaße zeigen spezifische Korrelationspatterns zu den einzelnen Trinkproblemfaktoren.

### 3.3.3. Beziehungen zwischen den Kriterien und demographischen Merkmalen (Kontrollvariablen)

#### 3.3.3.1. Geschlecht und Alter

Tabelle 18 gibt die Korrelationen zwischen den erfragten biologischen Variablen (Alter, Geschlecht) wieder. Diesen biologischen Variablen entsprechen natürlich auf der sozialen Ebene bestimmte Rollen. Wie man sieht, sind die Korrelationskoeffizienten insgesamt niedrig.

Die Variable Alter weist überhaupt nur zwei noch nennenswerte Korrelationen auf: die Rubrik "Minimal-Quantität" nimmt mit steigendem Alter ab (-0.102), und die Werte auf dem Faktor B<sub>III</sub> "Gesundheitliche und soziale Probleme" nehmen mit steigendem Alter zu (0.142).

Wir haben hier allerdings zu bedenken, daß gerade bei der Altersvariablen kurvilineare Beziehungen wahrscheinlich sind, worauf vor allem die Bevölkerungsbefragungen in den USA (CAHALAN et al., 1968; CHAHALAN, 1970) hinweisen. Dort fand sich sowohl bei der Höhe des Konsums wie bei den Trinkproblemen mit steigendem Alter (vom Jugendlichen bis zum Erwachsenen in den mittleren Jahren) zunächst eine deutlicher Zunahmetrend gefolgt von einem raschen Abfall. WIESER (1973) fand eine Polarisierung der Trinkfrequenz in höherem Alter. Es ist möglich, daß das Fehlen nennenswerter Korrelationen bei dieser Variablen in der vorliegenden Untersuchung darauf zurückzuführen ist, daß sich entgegengesetzte Trends gegenseitig aufheben.

Etwas höhere Korrelationen bestehen in der Variable "Geschlecht" allerdings nur bei der Höhe des Alkoholkonsums, nicht bei den Trinkproblemen.

Mit der Geschlechtszugehörigkeit korrelieren signifikant negativ

|                  |       |
|------------------|-------|
| Bierfrequenz     | -.341 |
| Bierquantität    | -.243 |
| Gesamttrinkscore | -.170 |



Tabelle 18: Korrelationen zwischen den Kriterien und den Kontrollvariablen: Geschlecht und Alter

| <u>Höhe des Alkohol-</u><br><u>konsums</u> | Alter<br>(A <sub>I</sub> ) | Geschlecht<br>(A <sub>2</sub> ) |
|--------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Bier-Frequenz<br>(A 13)                    | 0.051 <sup>x</sup>         | -0.341 <sup>xxx</sup>           |
| Wein-Frequenz<br>(A 14)                    | -0.032                     | 0.086 <sup>xxx</sup>            |
| Spirit.-Frequenz<br>(A 15)                 | 0.001                      | 0.029                           |
| Bier-Quantität<br>(A 31)                   | -0.073 <sup>xx</sup>       | -0.243 <sup>xxx</sup>           |
| Wein-Quantität<br>(A 32)                   | -0.078 <sup>xx</sup>       | 0.010                           |
| Spirit.-Quantität                          | -0.037                     | -0.047                          |
| Minimal-Quantität<br>(A 34)                | -0.102 <sup>xxx</sup>      | -0.040                          |
| Gesamt-Trinkscore<br>(A 35)                | -0.052 <sup>x</sup>        | -0.170 <sup>xxx</sup>           |

Trinkproblemfaktoren

|                                                                  |                      |        |
|------------------------------------------------------------------|----------------------|--------|
| "Familiäre Kritik<br>und Selbstkritik"<br>(B <sub>I</sub> )      | -0.047               | 0.030  |
| "Berufliche und<br>finanz. Probleme"<br>(B <sub>II</sub> )       | -0.036               | 0.003  |
| "Gesundheitliche und<br>soziale Probleme"<br>(B <sub>III</sub> ) | 0.142 <sup>xxx</sup> | -0.020 |

Frauen scheinen also insgesamt etwas weniger zu trinken, insbesondere seltener und in geringeren Mengen Bier. Dies entspricht den Ergebnissen von WIESER, der allerdings auch einen erhöhten Spirituosenkonsum der Männer fand, ansonsten aber ebenso einen etwas höheren Konsum bei den Männern (wobei der Unterschied aber im Vergleich zu anderen Ländern relativ gering ist), und wobei vor allem der Bierkonsum der Männer erhöht ist. Wir können ergänzen, daß er das nicht nur bezüglich der Frequenz ist (die WIESER erhob), sondern auch bezüglich der pro Gelegenheit konsumierten Quantität. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern wäre wahrscheinlich größer, wenn wir uns nicht fast ausschließlich auf berufstätige Frauen beschränkt hätten, sondern Hausfrauen miteinbezogen hätten. Diese sind wahrscheinlich insgesamt dem traditionellen Geschlechtsrollenbild stärker verhaftet als die berufstätigen Frauen, was sich vermutlich auch in einem niedrigeren Alkoholkonsum widerspiegelt. Der geringere Konsum der Frauen wird meist auf spezielle geschlechtsspezifische Normen zurückgeführt. Erstaunlich ist, daß der anscheinend insgesamt geringere Alkoholkonsum der Frauen sich nicht in den Trinkproblemen spiegelt. Es scheint keinerlei Zusammenhang zwischen der Geschlechtszugehörigkeit und den Werten auf den Trinkproblemfaktoren zu bestehen. Vorläufig wird die Hypothese aufgestellt, daß Frauen bereits bei geringeren Alkoholmengen Trinkprobleme bekommen. Das könnte einerseits daher rühren, daß Frauen physiologisch weniger "vertragen". Andererseits wäre aber auch möglich, daß aufgrund der rollenspezifischen Normen, die Frauen selbst und/oder ihre Umgebung bereits einen geringeren Alkoholkonsum problematisieren, sodaß sie das gleiche Problemausmaß trotz geringerem Konsums aufweisen.

### 3.3.3.2. Familiäre Verhältnisse

Die Korrelationen dieser Variablen mit den Kriterien sind insgesamt noch geringer als bei den biologischen Variablen, wie aus Tabelle 19 ersichtlich ist.

Die einzige Variablen, die überhaupt signifikante, wenn auch sehr geringe Korrelationen zu einzelnen Kriterien aufweist, ist "Anzahl der Kinder", und zwar scheinen insbesondere die Werte auf dem Faktor "Familiäre Kritik und Selbstkritik" mit steigender Kinderzahl zuzunehmen (.133). Je mehr Kinder da sind, umso eher erfolgt wahrscheinlich ein Appell an die Verantwortung des trinkenden Elternteils. Es ist allerdings zu bedenken, daß die beiden anderen Variablen eigentlich keine kontinuierlichen, sondern eher nominale sind, so daß bei einer anderen Aufteilung und Zusammenfassung der Antwortkategorien sich eventuell andere Werte ergeben.

Im Anschnitt 3.3.7., in dem die Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und Normaltrinkern dargestellt werden, wird daher eine detaillierte Darstellung der Besetzungshäufigkeiten der einzelnen Antwortkategorien dieser Variablen gegeben werden.

### 3.3.3.3. Sozioökonomischer Status

Die Korrelationen zwischen den Variablen des sozioökonomischen Status und den Kriterienvariablen sind der Tabelle 20 zu entnehmen. Es finden sich hier einige signifikante, wenn auch numerisch geringe Korrelationen. Die Korrelationskoeffizienten aller Schichtvariablen gehen bei dem der Kriterien jeweils in die gleiche Richtung. Die geringsten Korrelationen bestehen mit dem Nettoeinkommen. Nach dem Gesamttrinkscore zu schließen, scheint der Alkoholkonsum insgesamt mit steigender Schicht etwas abzunehmen. An-

Tabelle 19: Korrelationen zwischen den Kriterien und den Kontrollvariablen: Familiäre Verhältnisse

| <u>Höhe des Alkohol-</u><br><u>konsums</u> | Familien-<br>stand<br>(A <sub>5</sub> ) | Anzahl der<br>Kinder<br>(A <sub>6</sub> ) | Personen des<br>Zusammenlebens<br>(A <sub>7</sub> ) |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Bier-Frequenz<br>(A 13)                    | 0.036                                   | 0.087 <sup>xxx</sup>                      | -0.017                                              |
| Wein-Frequenz<br>(A 14)                    | 0.038                                   | -0.033                                    | 0.002                                               |
| Spirit.-Frequenz<br>(A 15)                 | 0.031                                   | 0.017                                     | -0.015                                              |
| Bier-Quantität<br>(A 31)                   | -0.011                                  | 0.016                                     | -0.015                                              |
| Wein-Quantität<br>(A 32)                   | 0.009                                   | -0.030                                    | 0.057 <sup>x</sup>                                  |
| Spirit.-Quantität<br>(A 33)                | 0.028                                   | 0.009                                     | -0.009                                              |
| Minimal-Quantität<br>(A 34)                | -0.018                                  | -0.087 <sup>xxx</sup>                     | 0.002                                               |
| Gesamt-Trinkscore<br>(A 35)                | 0.028                                   | 0.021                                     | 0.000                                               |

Trinkproblemfaktoren

|                                                                       |                    |                      |                    |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------|--------------------|
| "Familiäre Kritik<br>und Selbstkritik"<br>(B <sub>I</sub> )           | 0.054 <sup>x</sup> | 0.133 <sup>xxx</sup> | 0.002              |
| "Berufliche und<br>finanzielle Pro-<br>bleme"<br>(B <sub>II</sub> )   | -0.015             | -0.046               | 0.064 <sup>x</sup> |
| "Gesundheitliche<br>und soziale Pro-<br>bleme"<br>(B <sub>III</sub> ) | 0.031              | -0.008               | -0.010             |

Tabelle 20: Korrelationen zwischen den Kriterien und den Kontrollvariablen: sozioökonomischer Status

| <u>Höhe des Alkoholkonsums</u> | Subjektive Schichtzugehörigkeit (A <sub>8</sub> ) | Schulabschluß (A <sub>9</sub> ) | Nettoeinkommen (A <sub>10</sub> ) | Qualifikation der Tätigkeit (A <sub>11</sub> ) |
|--------------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------|
| Bier-Frequenz (A 13)           | -0.222 <sup>xxx</sup>                             | -0.158 <sup>xx</sup>            | -0.069 <sup>xx</sup>              | -0.151 <sup>xxx</sup>                          |
| Wein-Frequenz (A 14)           | 0.167 <sup>xxx</sup>                              | 0.122 <sup>xxx</sup>            | 0.064 <sup>x</sup>                | 0.128 <sup>xxx</sup>                           |
| Spirit.-Frequenz (A 15)        | 0.018                                             | -0.001                          | -0.029 <sup>x</sup>               | 0.061 <sup>x</sup>                             |
| Bier-Quantität (A 31)          | -0.257 <sup>xxx</sup>                             | -0.187 <sup>xxx</sup>           | -0.212 <sup>xxx</sup>             | -0.213 <sup>xxx</sup>                          |
| Wein-Quantität (A 32)          | 0.066 <sup>x</sup>                                | 0.068 <sup>xx</sup>             | -0.016                            | 0.053 <sup>x</sup>                             |
| Spirit.-Quantität (A 33)       | -0.073 <sup>xx</sup>                              | -0.073 <sup>xx</sup>            | -0.150 <sup>xxx</sup>             | -0.053 <sup>x</sup>                            |
| Minimal-Quantität (A 34)       | 0.158 <sup>xxx</sup>                              | 0.152 <sup>xxx</sup>            | 0.162 <sup>xxx</sup>              | 0.144 <sup>xxx</sup>                           |
| Gesamt-Trinkscore (A 35)       | -0.118 <sup>xxx</sup>                             | -0.087 <sup>xxx</sup>           | -0.136 <sup>xxx</sup>             | -0.082 <sup>xx</sup>                           |

Trinkproblemfaktoren

|                                                            |                       |                      |                       |                       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| "Familiäre Kritik und Selbstkritik" (B <sub>I</sub> )      | -0.061 <sup>x</sup>   | -0.062 <sup>x</sup>  | -0.199 <sup>xxx</sup> | -0.012                |
| "Berufliche und finanzielle Probleme" (B <sub>II</sub> )   | -0.099 <sup>xxx</sup> | -0.047               | -0.190 <sup>xxx</sup> | -0.098 <sup>xxx</sup> |
| "Gesundheitliche und soziale Probleme" (B <sub>III</sub> ) | -0.093 <sup>xxx</sup> | -0.077 <sup>xx</sup> | -0.118 <sup>xxx</sup> | -0.095 <sup>xxx</sup> |

sonsten scheint der Unterschied zwischen den Schichten vor allen Dingen in der Art des Getränks zu liegen: Mit steigendem sozioökonomischen Status nimmt der Bierkonsum sowohl nach Frequenz wie Quantität ab, während die Frequenz des Weintrinkens zunimmt. Als Erklärung kann man hier einmal an den unterschiedlichen Preis der Getränke in der befragten Region denken, wobei man sich mit steigender Schicht den Wein eher leisten kann. Dagegen spricht aber die geringe Korrelation mit dem Einkommen. Außerdem muß man an das unterschiedliche Image der Getränkearten denken, wobei das Image des Weins wahrscheinlich besser zu den Werten und dem Lebensstil der höheren Schichten paßt.

Die Ergebnisse stimmen zum Teil mit WIESER (1973) überein. Die Trinkfrequenz erwies sich in seiner Untersuchung als relativ schichtunabhängig, es konnte lediglich ein geringerer Weinkonsum in der Unterschicht festgestellt werden und ein geringerer Bierkonsum in der untersten sozialen Schicht, die Höhe des Spirituosenkonsums erwies sich als über die Schichten stabil. Bei Wein und Spirituosen bestehen also Übereinstimmungen mit den vorliegenden Ergebnissen, nicht jedoch bei Bier (wobei wir allerdings die unterste Schicht nicht gesondert erfaßten).

GRÜNTZIG et al. (1970) fanden in Heidelberg in ihrer Stichprobe eine starke Zunahme des Alkoholkonsums mit sinkender Schicht, wobei insbesondere der Bier- und Spirituosenkonsum zunahm. Dies stimmt mit den vorliegenden Ergebnissen hauptsächlich für die Höhe des Bierkonsums überein, andeutungsweise noch für die Spirituosenquantität. Wahrscheinlich spielen hier regionale Faktoren mit hinein. Wie erinnerlich, ist ja der Bierkonsum der Bayern im Vergleich zu dem anderer Bundesbürger überhaupt stark erhöht. Man kann annehmen, daß der höhere Durchschnittswert vor allem auf einen erhöhten Konsum der Angehörigen der unteren Schichten zurückzuführen ist. Bier gilt hier wahrscheinlich eher als billiges Universalgetränk denn als Alkohol.



Die Trinkproblemfaktoren zeigen insgesamt nur geringe Korrelationen mit den Variablen des sozioökonomischen Status. Die Richtung der Korrelationen entspricht aber schichtspezifischen Konsumhöhen. Alle Trinkproblemfaktoren nehmen mit steigender Schicht - vor allem mit der Zunahme des Nettoeinkommens - geringfügig ab. Daß gerade das Nettoeinkommen hier eine besondere Rolle spielt, hängt vermutlich damit zusammen, daß ein Teil der Trinkprobleme (in jedem Faktor) finanzieller Natur ist. Finanzielle Alkoholprobleme aber verlieren mit zunehmendem Einkommen an Relevanz. Davon abgesehen scheint die Schichtzugehörigkeit für die Problematisierung des Trinkens wenig zu sagen zu haben. Vermutlich ist das häufige Trinken größerer Quanten Bier in den unteren Schichten ein durchaus akzeptiertes Verhalten. Da der tägliche Konsum einiger Gläser Bier in diesen Kreisen wahrscheinlich das von der überwiegenden Mehrheit an den Tag gelegte Verhalten ist, erübrigt sich eine Problematisierung weitgehend. Auch gibt es hier eine Reihe von Berufen, bei denen das Biertrinken während der Arbeitszeit zum Regelverhalten gehört. Die Korrelationen mit dem Merkmal "Größe des Herkunfts-ortes" erwiesen sich als völlig minimal und nicht signifikant von Null verschieden. Auf eine gesonderte Darstellung wird hier verzichtet.

#### 3.3.3.4. Zusammenfassung

Die Beziehung zwischen den Kriterien, Höhe des Alkoholkonsums und Trinkprobleme, und den Kontrollvariablen kann als insgesamt gering veranschlagt werden. Die meisten Korrelationskoeffizienten sind trotz der großen Anzahl von Versuchspersonen (etwa 1500) nicht signifikant von Null verschieden. Die wenigen bestehenden signifikanten Korrelationen betreffen vor allen Dingen die Geschlechtszugehörigkeit und die Variablen des sozioökonomischen Status und

liegen vor allen Dingen bei den Variablen der Höhe des Alkoholkonsums und der Getränkewahl, nicht jedoch bei den Trinkproblemen. Frauen scheinen insgesamt weniger zu trinken als Männer, insbesondere weniger Bier. Der Bierkonsum scheint auch bei steigendem sozioökonomischen Status abzunehmen, wobei allerdings die Häufigkeit des Weintrinkens zunimmt.

Die Kontrollvariablen scheinen also vor allen Dingen den Trinkstil und die Höhe des Konsums zu bestimmen, dagegen nicht das Auftreten von Trinkproblemen. Es kann die Hypothese aufgestellt werden, daß bei bestimmten Bevölkerungsgruppen, insbesondere bei Frauen, bereits ein geringer Alkoholkonsum zu Trinkproblemen führt, als bei anderen.

### 3.3.4. Faktorenanalyse der Kovariablen

#### 3.3.4.1. Themenkomplexe der Fragebögen

Normen und Einstellungen gegenüber Alkoholkonsum, Alkoholikern und Abstinenzlern. Dieser Fragebogen basiert auf soziologischen Überlegungen und Untersuchungen, die meist jedoch nur deskriptiv-epidemiologischen Charakter aufweisen, sodaß ein Zusammenhang dieser Variablen mit der Höhe des Alkoholkonsums und dem Auftreten von Trinkproblemen bis jetzt kaum geklärt ist. Dieser Fragenkomplex umfaßt:

- bipolare Dimensionen nach gesundheitlichen, moralischen, sozialen und finanziellen Gesichtspunkten
- Einstellungen gegenüber Verhalten unter Alkohol
- Einstellungen gegenüber Alkoholikern und Abstinenzlern
- situationsspezifische Normen
- rollenspezifische Normen
- Einstellungen zu Werbung und Informationsvermittlung über Alkohol.

Der Fragebogen Trinkmotivationen ging aus verschiedenen Varianten der ursprünglich von MULFORD und MILLER (1960) erstellten Skala "Definitions of alcohol" hervor, die ihrerseits auf der soziokulturellen Theorie von BALES beruht. Um diesen Bereich deutlich von den Einstellungen abzuheben und ummöglichst direkt an die Verhaltensebene heranzukom-

men, formulierten wir die Items derart, daß sie konkrete Auslöser bzw. für ein Weitertrinken motivierende Folgeerscheinungen des Trinkens schildern. Und zwar erfragen sie alle Situationen, die eine Erhöhung bzw. Erniedrigung des üblichen Alkoholkonsums ausgelöst haben.

Wir unterschieden dabei nach:

- soziale Auslöser und Verstärker: Konformitätsdruck, Imitation, Kritik, Kontakterleichterung und -störung,
- intrapsychische Auslöser und Verstärker: negativ empfundene Stimmungen und Spannungen, positiv empfundene Stimmungen und Verhaltensweisen
- Genuß
- äußere Umstände
- physische Variablen
- Auslöser bei der Getränkewahl.

Der Fragebogen Trinkmuster und -umstände hatte als Ausgangspunkt eine Kombination sozialepidemiologischer Beschreibungen des Trinkstils verschiedener Bevölkerungsgruppen, vereinzelte verhaltensanalytische Beobachtungen von trinkenden Normaltrinkern und Alkoholikern und psychiatrische Beschreibungen des Trinkstils von Alkoholikern. Der Fragenkomplex umfaßt:

- Örtliche und zeitliche Parameter
- Kaufverhalten
- spezielle Anlässe und Gelegenheiten
- Begleittätigkeiten
- Trinkverhalten in Interaktion mit der Umgebung
- Kultivierungs- und Ritualisierungsformen.

Der Fragebogen zur akuten Alkoholwirkung besteht aus zwei identischen Polaritätsprofilen, die dem im MPIP entwickelten Emotionalitätsinventar (EMI) zur Erfassung der Befindlichkeit klinischer Patienten entnommen sind. Bei dem einen Profil beziehen sich die Polaritäten auf den Satzanfang:

"Als ich ein bißchen Alkohol getrunken hatte, fühlte ich mich vorwiegend ...", beim zweiten auf den Satzanfang: "Als ich viel Alkohol getrunken hatte, fühlte ich mich vorwiegend...". Da vom EMI bis jetzt keine Faktorenanalyse vorliegt, versuchten wir, logisch-inhaltliche Kategorien zu bilden, und sie etwa gleichstark zu repräsentieren, und zwar:

- Aktivierungsgrade
- Aggressivität
- Geborgenheit und Selbstsicherheit
- Euphorisierung.

Es wurden also solche Dimensionen herausgegriffen, bei denen eine Veränderung durch Alkoholkonsum denkbar erscheint.

#### 3.3.4.2. Analysetechnik

Die Fragebögen über die unmittelbaren Kovariablen des Problemtrinkens enthielten insgesamt 382 Fragen, die zwar nach Aspekten in einzelne Teilfragebögen zusammengefaßt waren, doch schien es einerseits der Übersichtlichkeit wegen, zum anderen um einer möglichen Schrumpfung bei den anstehenden Prädiktionsproblemen vorzubeugen, sinnvoll, inhaltlich homogene Itemgruppen noch einmal zu Subskalen zusammenzufassen. Bei Verwendung sehr vieler Prädiktoren - hier Einzelitems - erhält man erfahrungsgemäß schlecht reproduzierbare Ergebnisse; die ermittelten multiplen Korrelationen fallen bei der ersten Stichprobe erheblich höher aus als bei der nächsten unabhängigen Untersuchung. Dieser Effekt - Schrumpfung - ist um so größer, je mehr Prädiktoren man einbezieht.

Für das Auffinden mehrerer homogener Fragebogenkomplexe bietet sich die Faktorenanalyse an. Jeder der 4 Fragebögen über Kovariablen des Problemtrinkens (C - H) (durchschnittliches  $n = 250$ ) wurde für sich faktorisiert. Bei einer so

drastischen Datenreduktion, die hier geboten war, um der Vielzahl der Variablen Herr zu werden, die in einer Studie wie der vorliegenden zu berücksichtigen sind, muß ein gewisser Informationsverlust in Kauf genommen werden. In diesem Fall konnte im Durchschnitt 42,5% der gesamten interindividuellen Variation in der Fragebogenbeantwortung (Varianz) auf sehr wenige Faktoren konzentriert werden, deren Anzahl (20) etwa 1/19 der ursprünglichen Itemzahl ausmacht. Um aber auf diesem Wege der internen Itemsselektion nicht etwa für die Kreuzvalidierung extern valide Items zu eliminieren, die mit Kriterien des Problemtrinkens korrelieren, aber einem der beizubehaltenden Faktoren nicht zuzuordnen sind, wurden die Faktorenskalen durch weitere Skalen, die auf anderem Wege zusammengestellt wurden, ergänzt.

Das hier verwendete faktorenanalytische Standardverfahren bestand in der Bestimmung der Faktorenzahl pro Fragebogen anhand einer Hauptachsentransformation der Korrelationsmatrix mit Einsen in der Diagonale. Über die Anzahl der beizubehaltenden Faktoren wurde anhand eines kombinierten Kriteriums entschieden: Die Eigenwerte der Faktoren sollten den Wert 1 nicht unterschreiten, zugleich aber wurden nur so viele Faktoren beibehalten, wie bei der anschließenden Varimax-Rotation inhaltlich interpretierbar waren; zusätzlich wurde nach dem Scree-Test entschieden (Knick im Eigenwertverlauf) oder alternativ danach, daß ein Anteil an der Gesamtvarianz durch die Faktoren erklärt wird (50%). Anschließend wurden die beizubehaltenden Hauptachsen (Faktoren) einer orthogonalen, analytischen Varimax-Rotation unterzogen. Sämtliche Verfahren wurden mit Hilfe der Programmsammlung DATATEXT auf einem IBM-Computer 360/91 durchgeführt. Für die inhaltliche Interpretation der Faktoren wurden jeweils die 10 höchstladenden Items herangezogen.

In einzelnen Fällen (Fragebögen D und E) wurde neben der Komponentenanalyse (Einsen in der Diagonale der Korrelationsmatrix) Faktorenanalysen (gemeinsame Faktoren) durchgeführt, um eine bessere Varianzaufteilung zu erreichen. Die Unterschiede in den Ergebnissen der beiden Verfahren waren - wie wegen der großen Itemzahl zu vermuten - unerheblich.

### 3.3.4.3. Beschreibung der Faktoren

Nachfolgend werden die einzelnen Faktoren der unmittelbaren Kovariablen kurz beschrieben, wobei für jeden Fragebogen (i.e. Themenkomplex) eine tabellarische Übersicht beigefügt ist, die die Anzahl der Items und Versuchspersonen, die Titel der Faktoren und die Varianzanteile enthält, sowie eine Aufstellung der Faktoren des jeweiligen Bogens mit ihren 10 höchstladenden Items.

#### 3.3.4.3.1. Einstellungen und Normen gegenüber Alkoholkonsum, Alkoholikern und Abstinenzlern (Fragebogen C)

Die Analyse ergab vier Faktoren, die zusammen allerdings nur 27,5% der Gesamtvarianz erklären. Zwei der Faktoren beziehen sich eher auf die Regelung des Alkoholkonsums, während die restlichen beiden Einstellungen zum Alkoholiker bzw. Alkoholismus beinhalten.

Faktor C<sub>I</sub> (10% der GV): "Alkohol als Kontaktförderungsmit-  
tel." Es dürfte sich dabei um einen Faktor handeln, der der BALESschen "sozialen Alkoholdefinition" entspricht. Trinken von Alkohol wird als sozial akzeptiertes, ja wünschenswertes Verhalten charakterisiert, das die Sympathiebeziehungen und die Geselligkeit fördert.



Faktor C<sub>II</sub> (4,8% der GV): "Therapieempfehlung bei störendem Verhalten." Hier wird die Gefährdung der sozialen, insbesondere familiären Beziehungen bei zu hohem Alkoholkonsum hervorgehoben. Der starke Trinker gilt als unberechenbar, aggressiv und krank. Er soll sich einer Therapie unterziehen.

Hier wird ein Krankheitskonzept des Alkoholismus vertreten, wobei allerdings das Bild gefährlicher, unberechenbarer Geisteskrankheit im Hintergrund zu stehen scheint. Eine moralische Verantwortung wird dabei aber anscheinend weder dem Betroffenen noch der sozialen Umgebung zugesprochen, vielmehr gelten Institutionen als für die Behandlung zuständig.

Faktor C<sub>III</sub> (7,4% der GV): "Restriktive Normen."

Dieser Faktor, den man auch "law and order" nennen könnte, umfaßt eine Reihe stark restriktiver bis proskriptiver Normen in Bezug auf Alkoholkonsum. Es wird für starre äußere Regeln und minimale Mengen plädiert. Insbesondere finden sich hier auch rollenspezifische Normen, die sich hauptsächlich auf Frauen und Familienväter beziehen, wobei auf die Gefahr sexueller Enthemmung und der Vernachlässigung von Pflichten und Verantwortungen hingewiesen wird. Wahrscheinlich handelt es sich hier um einen negativ mit sozialer Intelligenz korrelierenden Faktor.

Faktor C<sub>IV</sub> (5% der GV): "Soziale Distanzierung von Alkoholikern." Dieser Faktor kennzeichnet eine moralische Disqualifizierung und Diskriminierung des Alkoholikers als Interaktionspartner. Er gilt als willensschwach, ekel-erregend und störend und wird aus den normalen sozialen Beziehungen ausgeschlossen. Es wird Zwangsbehandlung empfohlen. Hier handelt es sich offensichtlich nicht um ein medizinisches sondern um ein moralisches Alkoholismusmodell. Wir sehen hier wahrscheinlich einen Teil des von der Labelingtheorie behaupteten sozialen Stigmatisierungs- und Distanzierungsprozesses.

Tabelle 21: Faktorenanalyse der Einstellungen und Normen gegenüber Alkoholkonsum, Alkoholikern und Abstinenzlern (Fragebogen C)

N = 257, Anzahl der Items: 118, Anzahl der Faktoren: 4  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 27,5%)

Faktor C<sub>I</sub> : "Alkohol als Kontaktförderungsmittel"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 10,0%)

Faktor C<sub>II</sub> : "Therapieempfehlung bei Gefährdung anderer"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 4,8%)

Faktor C<sub>III</sub> : "Restriktive Normen wegen sexueller und aggressiver Enthemmung"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 7,4%)

Faktor C<sub>IV</sub> : "Soziale Distanzierung von Alkoholikern"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 5,0%)

Faktor C<sub>I</sub> : "Alkohol als Kontaktförderungsmittel"

| <u>Items</u>                                                        | <u>Ladungen</u> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 102. Leute, die ein bißchen getrunken haben, sind sympatischer      | .658            |
| 47. Ohne Alkohol gäbe es weniger Geselligkeit                       | .629            |
| 80. Jemand, der nie betrunken war, hat etwas versäumt               | .623            |
| 105. Es ist nett, mit Leuten zusammen zu sein, die angetrunken sind | .611            |
| 29. Einem Besuch sollte man etwas Alkoholisches anbieten            | .610            |
| 54. Auf Parties ist ein nüchterner Gastgeber langweilig             | .610            |
| 2. Mit Verstand trinken ist besser als überhaupt nicht trinken      | .584            |
| 43. Eine Party, auf der es keinen Alkohol gibt, ist langweilig      | .580            |

(Fortsetzung der Tabelle 21)

| <u>Items</u>                                                                    | <u>Ladungen</u> |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 17. Mit Arbeitskollegen sollte man ab und zu einen heben                        | .567            |
| 87. Die meisten Leute fühlen sich wohler, wenn sie ein Gläschen getrunken haben | .554            |

Faktor C<sub>II</sub> "Therapieempfehlung bei störendem Verhalten"

| <u>Items</u>                                                                                 | <u>Ladungen</u> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 51. Man sollte schon in der Schule auf die Gefahren des Alkohols hinweisen                   | .588            |
| 57. Jemandem, der sein Trinken einschränken will, sollte man helfen                          | .555            |
| 92. Zu viel Trinken schadet dem Familienleben                                                | .508            |
| 49. Mit einer Frau, die regelmäßig betrunken ist, kann man keine Ehe führen                  | .490            |
| 68. Es sollte mehr Therapiezentren für Alkoholiker geben                                     | .487            |
| 53. Mit einem Mann, der regelmäßig betrunken ist, kann man keine Ehe führen                  | .485            |
| 52. Ein Alkoholiker ist ein kranker Mensch                                                   | .456            |
| 64. Betrunkene sind unberechenbar                                                            | .423            |
| 79. Alkoholiker sollten freiwillig zur Entziehung gehen                                      | .416            |
| 109. Was mich am meisten stört, ist, wenn Leute, die etwas getrunken haben, aggressiv werden | .391            |

Faktor C<sub>III</sub> "Restriktive Normen"

| <u>Items</u>                                                                         | <u>Ladungen</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 63. Man sollte nie Alkohol trinken                                                   | -.592           |
| 59. Frauen sollten weniger Alkohol trinken als Männer, weil Alkohol sexuell enthemmt | -.575           |

(Fortsetzung der Tabelle 21)

| <u>Items</u>                                                               | <u>Ladungen</u> |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 48. Man müßte ein Gesetz gegen das Trinken von Alkohol durchsetzen         | -.571           |
| 22. Man sollte nur zu den Mahlzeiten trinken, aber nicht zwischendurch     | -.517           |
| 85. Alkohol ist auch in kleinen Mengen schädlich für die Gesundheit        | -.516           |
| 30. Es ist vornehm, weniger zu trinken als andere                          | -.510           |
| 37. Ein Familienvater sollte nie betrunken sein                            | -.503           |
| 21. Alkohol schadet auch in kleinen Mengen dem Gehirn                      | -.486           |
| 99. Eine Frau, die trinkt, vernachlässigt eher ihre Pflichten als ein Mann | -.478           |
| 73. Die meisten Alkoholiker sind sich ähnlich                              | -.456           |

Faktor C<sub>IV</sub>: "Soziale Distanzierung von Alkoholikern"

| <u>Items</u>                                                            | <u>Ladungen</u> |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 115. Mit einem Alkoholiker könnte ich nicht befreundet sein             | -.648           |
| 84. Ich würde nie eine(n) Alkoholiker(in) heiraten                      | -.589           |
| 86. Es ist mir unangenehm, Alkoholikern beim Trinken zuzusehen          | -.509           |
| 100. Man sollte Alkoholiker zur Behandlung zwingen                      | -.487           |
| 93. Wenn ich Angestellte hätte, würde ich auch Alkoholiker einstellen   | .484            |
| 11. Viele Alkoholiker haben keine Persönlichkeit mehr                   | -.471           |
| 97. Alkoholiker sollten nur dort trinken, wo sie niemanden stören       | -.444           |
| 27. Betrunkene sind häufig ekelerregend                                 | -.444           |
| 110. Man sollte nie Alkohol trinken, mit der Absicht, sich zu betrinken | -.444           |
| 117. Ein Alkoholiker ist ein willensschwacher Mensch                    | -.432           |

### 3.3.4.3.2. Trinkmotivationen (Fragebogen D)

Dieser Fragebogen enthält zur Hälfte konkrete Anlässe, die zum Trinken führen und zur anderen Hälfte konkrete Anlässe, die eine Reduktion des Trinkens nach sich ziehen. Sämtliche Items wurden zunächst einer gemeinsamen Analyse unterzogen. Es erwies sich aber als sinnvoll, die beiden Hälften getrennt zu faktorisieren, da sich so inhaltlich klarere Faktoren ergaben. Die Fragen, die die unmittelbaren Auslöser zur Steigerung des Alkoholkonsums betreffen (74 Items), ließen sich zu folgenden drei Faktoren zusammenfassen, die zusammen 49,3% der Varianz erklären:

Faktor D1<sub>I</sub> (15,4% der GV): "Reaktion auf Kritik und Verstimmung". Wie im ersten Trinkproblemfaktor finden sich hier wieder Fremdkritik und Selbstunzufriedenheit auf einem Faktor zusammen. Außerdem werden andere negative Befindlichkeiten erwähnt, deren Herkunft nicht klar ist, die man sich aber eventuell als durch Kritik hervorgerufen vorstellen kann. Dieser Faktor läßt sich gut im Sinne KEEHNS (1970) verstehen: negative Sanktionen können zu diskriminativen Stimuli für Alkoholkonsum und alsbaldige Belohnung werden. Lerntheoretisch handelt es sich hier wahrscheinlich um ein Flucht- und Vermeidungstrinken. Der Faktor entspricht wahrscheinlich z.T. dem, was in der Literatur als "Erleichterungs-Trinken" und persönliche Alkoholdefinition erwähnt wird. Es könnte sich auch um ein "Trinken aus Protest" handeln.

Faktor D1<sub>II</sub> (7,8% der GV): "Genuß und Aufforderung". Hier werden Anlässe wie Durst, guter Geschmack und Zuprosten beschrieben. Es handelt sich hier wohl um die genuin positive Wirkung des Alkohols, wobei besonders Körpersensationen und Geruchs- und Geschmacksqualitäten im Vor-

dergrund stehen. Der Lernmechanismus dürfte hier über positive Verstärkung laufen, wovon soziale Verstärkung für das Trinken selbst ein Teil ist.

Faktor D1<sub>III</sub> (14,9% der GV): "Überwindung von sozialer Unsicherheit". Hier werden vor allem Förderung der Initiative - besonders in Gesellschaft -, der Kontaktaufnahme, der sozialen Gewandtheit und der verbalen Geschicklichkeit erwähnt. Es handelt sich bei diesem Faktor wahrscheinlich um den von den Lerntheorien beschriebenen Faktor der Freisetzung von sonst gehemmten Verhaltensweisen, deren Ausübung als primär positiv empfunden wird. Das Trinken wird dann dadurch verstärkt, daß die sich dabei ergebenden Verhaltensweisen als positiv erlebt werden. Das Individuum wird zum Mehrtrinken angeregt, wenn es sein eigenes Verhalten den anderen gegenüber als angenehm erlebt.

Die unmittelbaren Anlässe zur Einschränkung des Alkoholkonsums (44 Items) ließen sich mit ebenfalls drei Faktoren zu 57,2% in ihrer Varianz aufklären:

Faktor D2<sub>I</sub> (24,6% der GV): "Leistungsanforderung". Der Alkoholkonsum wird zurückgestellt, um Konzentration zu ermöglichen, klar zu denken, den Überblick zu behalten. Dies scheint ein sehr klarer Faktor bei der Steuerung des Alkoholkonsums zu sein, wobei die Leistungsanforderung eventuell auch deshalb so wirksam ist, weil sie den betreffenden ganz ausfüllt, die Interessen aufsaugt. Inwieweit Trinken dann auch sich Verweigern und Entziehen gegenüber Leistungsanforderungen darstellen kann, bleibt dahingestellt.

Faktor D2<sub>II</sub> (23,4% der GV): "Angst vor Blamage". Es steht die Angst, lächerlich zu wirken, kritisiert zu werden, wegen des Verhaltens unter Alkohol abgelehnt zu werden, im Vordergrund. Hier scheinen vor allem die negativen so-



zialen Sanktionen für alkoholisiertes Verhalten (nicht für das Trinken selbst) verhaltenssteuernd wahrgenommen zu werden. Während MULFORD und MILLER (1960) postulieren, daß Alkohol getrunken werde aus Furcht vor dem Verlust des positiven Selbstbildes, scheint das doch auch ein wirksamer Faktor bei der Einschränkung des Alkoholkonsums darzustellen.

Faktor D2<sub>III</sub> (9,1% der GV): "Gesundheitliche Gründe". Es werden eine Reihe somatischer Beschwerden genannt, die als Folge des Alkoholkonsums auftreten können, wie Magenbeschwerden, zu hoher Blutdruck, Schwitzen, Sodbrennen. Dies deutet darauf hin, daß Alkohol auch unter dem Aspekt der gesundheitlichen Beeinflussung gesehen werden kann, wobei auch die gesundheitliche Gefährdung als ein Verhaltenssteuerungsmechanismus in Richtung Einschränkung des Alkoholkonsums gesehen wird.

Insgesamt ergibt sich aus diesem Fragebogen ein weitaus differenzierteres Bild der Alkoholmotivation, als die Einteilung in soziale und persönliche Motivation. Der soziale Faktor scheint sowohl als Trinkmotiv wie als Trinkeinschränkungsmotiv eine Rolle zu spielen. Es werden auch sowohl positive wie negative soziale Sanktionen wahrgenommen. Ebenso läßt sich die persönliche Alkoholdefinition in verschiedene Aspekte unterteilen.

Tabelle 22: Faktorenanalyse der Trinkmotivationen  
(Fragebogen D)

1. Steigerung des Alkoholkonsums (Fragebogen D1)

N = 249, Anzahl der Items: 74, Anzahl der Faktoren: 3  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 49,3%)

Faktor D1<sub>I</sub> : "Reaktion auf Kritik und Verstimmung"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 25,4%)

Faktor D1<sub>II</sub> : "Genuß und Aufforderung"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 7,8%)

Faktor D1<sub>III</sub> : "Überwindung von sozialer Unsicherheit"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 14,9%)

2. Einschränkung des Alkoholkonsums (Fragebogen D2)

N = 249, Anzahl der Items: 44, Anzahl der Faktoren: 3  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 57,2%)

Faktor D2<sub>I</sub> : "Leistungsanforderung"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 24,6%)

Faktor D2<sub>II</sub> : "Angst vor Blamage"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 23,4%)

Faktor D2<sub>III</sub> : "Gesundheitliche Gründe"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 9,1%)

D1 Steigerung des Alkoholkonsums

Faktor D1<sub>I</sub>: "Reaktion auf Kritik und Verstimmung"

| <u>Items</u>                                      | <u>Ladungen</u> |
|---------------------------------------------------|-----------------|
| 6. Ich trank, als mir Vorhaltungen gemacht wurden | .822            |
| 56. Ich habe getrunken, als ich kritisiert wurde  | .803            |
| 7. Ich habe getrunken, als ich nervös war         | .800            |

(Fortsetzung Tabelle 22)

| <u>Items</u>                                                   | <u>Ladungen</u> |
|----------------------------------------------------------------|-----------------|
| 49. Ich habe getrunken, als ich trübe Gedanken hatte           | .799            |
| 48. Ich habe getrunken, als ich mich unbeobachtet fühlte       | .789            |
| 37. Ich habe getrunken, als ich Angst hatte                    | .789            |
| 34. Ich habe getrunken, als es mir an Ausdauer fehlte          | .785            |
| 35. Ich habe getrunken, als ich mit mir selbst unzufrieden war | .767            |
| 53. Ich habe getrunken, als ich wenig Selbstvertrauen hatte    | .762            |
| 1. Ich habe getrunken, als ich niedergeschlagen war            | .753            |

Faktor D1<sub>II</sub>: "Genuß und Aufforderung"

| <u>Items</u>                                                                                              | <u>Ladungen</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 42. Ich habe getrunken, als mir das Getränk besonders gut schmeckte                                       | .717            |
| 47. Ich habe getrunken, als es ein gutes Essen gab                                                        | .696            |
| 32. Ich habe getrunken, als ich eine Erfrischung brauchte                                                 | .686            |
| 66. Ich habe Alkohol getrunken, als ich Durst hatte                                                       | .637            |
| 59. Ich habe getrunken, als man mir zuprostete                                                            | .609            |
| 41. Ich habe getrunken, als mir etwas Alkoholisches vorgesetzt wurde und ich schlecht "nein" sagen konnte | .530            |
| 43. Ich habe getrunken, als ich mir etwas gönnen wollte                                                   | .511            |
| 27. Durch das Trinken wurden mir Parties und Feste erst angenehm                                          | .455            |
| 21. Ich habe getrunken, als ich durchgefroren war                                                         | .454            |
| 65. Als ich trank, konnte ich mich entspannen                                                             | .433            |

(Fortsetzung Tabelle 22)

Faktor D1<sub>III</sub>: "Überwindung von sozialer Unsicherheit"

| <u>Items</u>                                                                                        | <u>Ladungen</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 16. Beim Trinken wurde ich zunehmend sicherer                                                       | -.760           |
| 17. Nach ein paar Gläsern konnte ich leichter Kontakt zum anderen Geschlecht aufnehmen              | -.759           |
| 15. Beim Umtrunk bin ich besser mit anderen ausgekommen                                             | -.709           |
| 26. Nach ein paar Gläsern konnte ich anderen gegenüber Initiative zeigen                            | -.704           |
| 14. Beim Trinken wurde ich redegewandter                                                            | -.703           |
| 25. Nach einigen Gläsern Alkohol konnte ich mich besser durchsetzen                                 | -.697           |
| 63. Beim Umtrunk konnte ich mich freier äußern                                                      | -.691           |
| 10. Nachdem ich Alkohol zu mir genommen hatte, war es mir gleichgültig, was andere über mich denken | -.674           |
| 13. Nach ein paar Gläsern fühlte ich mich nicht mehr isoliert                                       | -.658           |
| 2. Als ich trank, fühlte ich mich eher zu großen Taten fähig                                        | -.643           |

D2 Einschränkung des Alkoholkonsums

Faktor D2<sub>I</sub>: "Leistungsanforderung"

| <u>Items</u>                                                                                        | <u>Ladungen</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 72. Ich habe weniger (nicht) getrunken, als ich von anderen Dingen ganz ausgefüllt war              | .767            |
| 110. Ich habe weniger getrunken, als ich klar denken mußte                                          | .767            |
| 71. Ich habe weniger getrunken, als ich eine Arbeit hatte, die meine ganze Konzentration erforderte | .765            |
| 84. Ich habe weniger getrunken, als ich einen wichtigen Termin vor mir hatte                        | .742            |
| 108. Ich habe weniger getrunken, als ich alle meine Energien brauchte                               | .737            |

(Fortsetzung Tabelle 22)

| <u>Items</u>                                                                           | <u>Ladungen</u> |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 87. Ich habe weniger getrunken, als ich in Gesellschaft den Überblick behalten wollte  | .705            |
| 104. Ich habe weniger getrunken, als ich eine Menge leisten mußte                      | .705            |
| 91. Ich habe weniger getrunken, als ich etwas tun mußte, was große Ausdauer erforderte | .693            |
| 69. Ich habe weniger getrunken, als ich in schlechter körperlicher Verfassung war      | .613            |
| 74. Ich habe weniger getrunken, als mir der Geruch alkoholischer Getränke widerstand   | .611            |

Faktor D2<sub>II</sub>: "Angst vor Blamage"

| <u>Items</u>                                                                                                     | <u>Ladungen</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 98. Ich habe weniger (nicht) getrunken, als ich befürchtete, in den Augen anderer dumm oder lächerlich zu wirken | .752            |
| 97. Ich habe weniger getrunken, als ich Bedenken hatte, was andere Leute wohl dazu sagen würden                  | .727            |
| 78. Ich habe weniger getrunken, als man mich wegen meines Trinkens kritisiert hatte                              | .725            |
| 106. Ich habe weniger getrunken, als ich Angst hatte, streitsüchtig zu werden                                    | .721            |
| 93. Ich habe weniger getrunken, als ich merkte, daß ich mich dann mit anderen besser verstehe                    | .695            |
| 102. Ich habe weniger getrunken, als ich mich erfolgreich fühlte                                                 | .693            |
| 100. Ich habe weniger getrunken, als meine sexuelle Leistungsfähigkeit nachließ                                  | .691            |
| 83. Ich habe weniger getrunken, als ich mir um mein Aussehen Sorgen machte                                       | .661            |
| 85. Ich habe weniger getrunken, als ich an Leute dachte, die mir in angetrunkenem Zustand nicht gefielen         | .639            |
| 86. Ich habe weniger getrunken, als ich befürchtete, mich in angetrunkenem Zustand zu blamieren                  | .637            |

(Fortsetzung Tabelle 22)

Faktor D2<sub>III</sub>: "Gesundheitliche Gründe"

| <u>Items</u>                                                                       | <u>Ladungen</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 89. Ich habe weniger (nicht) getrunken, als ich<br>Sodbrennen davon bekam          | .661            |
| 94. Ich habe weniger getrunken, als ich Magen-<br>beschwerden hatte                | .626            |
| 95. Ich habe weniger getrunken, als ich unter<br>hohem Blutdruck litt              | .536            |
| 90. Ich habe weniger getrunken, als ich anfang,<br>davon stark zu schwitzen        | .481            |
| 109. Ich habe weniger getrunken, als ich keinen<br>Alkohol vertrug                 | .477            |
| 96. Ich habe weniger getrunken, als ich krank war                                  | .476            |
| 105. Ich habe weniger getrunken, als es mir nicht<br>schmeckte                     | .451            |
| 81. Ich habe weniger getrunken, als mir aufgrund<br>des Alkohols übel geworden war | .420            |
| 92. Ich habe weniger getrunken, als ich dann<br>öfters deprimiert wurde            | .403            |
| 88. Ich habe weniger getrunken, als ich erfuhr,<br>daß es der Gesundheit schadet   | .387            |



### 3.3.4.3.3. Trinkmuster und -umstände (Fragebogen E)

Während in dem vorangehend behandelten Fragebogen (D) aktuelle Gründe zum Trinken oder Nichttrinken aufgeführt wurden, enthält dieser Fragebogen (E) das wie und wo, die Umstände und den Ablauf des Trinkens. Von der Gesamtvarianz der 114 Items ließ sich hier mit 4 Faktoren 32,6% aufklären:

Faktor E<sub>I</sub>: (14,1% der GV): "Situative und zeitliche Trinkexzesse". Die Items beschreiben Situationen und Zeiten, in denen in unserer Gesellschaft das Trinken allgemein nicht üblich ist: im Bett, bei der Hausarbeit, morgens usw. Es findet hier also ein Übertreten von situativen und zeitlichen Trinknormen statt. Der Betreffende, der in diesem Stil trinkt, trinkt normüberschreitend, anstatt sich an die positiv sanktionierten Gelegenheiten und Zeiten zu halten (z.B. abends, zum Essen, auf Parties). Wir treffen hier einmal die Verhaltensweisen wieder, die im theoretischen Teil bei den Lerntheorien "Alkoholismus als falsches Trinkverhalten" als Parameter des Verhaltenssexzesses beschrieben waren. Andererseits wird dieser Faktor in den soziokulturellen Theorien über Normenkonfusion und Trinkstil beschrieben. Dort wird dieses Verhalten - zutreffender als in der Lerntheorie - nicht als spezifischer, falscher Trinkstil beschrieben, sondern als Fehlen eines festgefügtten Trinkstils, bzw. als übertreten situativer und zeitlicher Normen. Dieses Defizit resultiert nach diesen Theorien aus einem Fehlen festgefügtter Trinknormen, bzw. dem Vorhandensein sich widerstreitender Normen. Im Verbrauchsverteilungsmodell sind das diejenigen Verhaltensweisen, die als Trinkstil an sich irrelevant sind, sondern vielmehr Verhaltensweisen darstellen, die unmittelbar erhöhten Alkoholkonsum beinhalten. Wer immer und überall trinkt, trinkt notwendigerweise mehr als die anderen, die das nur unter bestimmten Umständen trinken.

Faktor E<sub>II</sub> (6,8% der GV): "Kultivierung und Planung".

Einkauf und Vorrat alkoholischer Getränke werden geplant; das Glas wird auf das Getränk, das Getränk auf das Essen abgestimmt; man trinkt zuhause und nimmt sich Zeit zum genießen, ist in allem was das Trinken betrifft, wählerisch.

Verhaltensweisen dieser Art wurden von NATHAN und O'BRIEN (1971) aus ihren experimentellen Beobachtungen an Alkoholikern und Nichtalkoholikern als typisch für den Trinkstil der Nichtalkoholiker beschrieben. In dem soziokulturellen Modell handelt es sich hier um eine ritualisierte Form des Alkoholgebrauchs. Hier wird Alkohol nicht als Nahrungsmittel oder Droge eingesetzt, sondern es ist zur Ausbildung einer bestimmten ästhetisierenden Trinkkultur gekommen, die im häuslichen Bereich und als Gastgeber gepflegt wird.

Faktor E<sub>III</sub> (7,5% der GV): "Außerfamiliäres, soziales Trinken".

Es handelt sich um eine Form außerhäuslichen Trinkens, die immer mit anderen zusammen geschieht: mit Freunden, Arbeitskollegen, Fremden, am Stammtisch, bei Betriebsfeiern, wobei man sich gegenseitig zum Mittrinken animiert. Wahrscheinlich handelt es sich hier um Verhaltensweisen, die in den sozialen Lernmodellen als "Peer-group-Drinking" beschrieben werden. Das Alkoholtrinken dient hier als Vehikel des sozialen Kontakts, oder als Fokus, um den herum sich andere soziale Aktivitäten gruppieren, als Zeichen der Verbundenheit, Einigkeit, des Freundschaftsherstellens.

Faktor E<sub>IV</sub> (4,1% der GV): "Minimales Gelegenheitstrinken".

Es handelt sich hier um ein Trinken, das offensichtlich nur aus sozialer Konvention stattfindet, nur zu bestimmten Anlässen oder Gelegenheiten, ohne eigenes Interesse. Lange Zeit hindurch wird überhaupt nicht getrunken, man trinkt nicht zuhause, Geselligkeiten finden meist ohne

Alkohol statt. Wenn getrunken wird, läßt man halbvolle Gläser stehen. Dieses Verhalten trifft am ehesten auf Abstinente oder primär am Alkohol Uninteressierte in einer trinkenden Gesellschaft, in der das Trinken von Alkohol einen nicht unwesentlichen Teil der Kultur und des sozialen Lebens ausmacht: man macht eben mit, wenn es von der Situation her nicht anders geht. Es ist allerdings auch möglich, daß sich bei diesem Trinktyp auch Personen finden, die eigentlich Vieltrinker sind, dann aber versuchen, ihr Trinken zu kontrollieren und regulieren, wodurch längere Abstinenzperioden und übertriebene Enthalttsamkeit zustandekommen, die dann möglicherweise wieder von anderen Perioden abgelöst werden.

Tabelle 23: Faktorenanalyse der Trinkmuster und -umstände (Fragebogen E)

N = 250, Anzahl der Items: 114, Anzahl der Faktoren: 4  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 32,6%)

Faktor E<sub>I</sub> : "Situative und zeitliche Trinkexzesse"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 14,1%)

Faktor E<sub>II</sub> : "Kultivierung und Planung"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 6,8%)

Faktor E<sub>III</sub>: "Außerfamiliäres, soziales Trinken"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 7,5%)

Faktor E<sub>IV</sub>: "Minimales Gelegenheitstrinken"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 4,1%)

(Fortsetzung Tabelle 23)

Faktor E<sub>I</sub>: "Situative und zeitliche Trinkexzesse"

| <u>Items</u>                                                                          | <u>Ladungen</u>   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 32. Ich trinke Alkohol gleich nach dem Aufstehen                                      | .843              |
| 36. Ich bin mehrere Tage hintereinander ange-<br>trunken                              | .814              |
| 5. Wenn ich in Gesellschaft getrunken habe,<br>trinke ich anschließend alleine weiter | .797              |
| 45. Ich trinke am Vormittag Alkohol                                                   | .766              |
| 68. Ich kaufe schon morgens alkoholische Ge-<br>tränke                                | .745              |
| 22. Ich trinke bei der Hausarbeit                                                     | .705              |
| 85. Ich trinke im Bett                                                                | .697              |
| 67. Ich trinke Nächte hindurch                                                        | .683              |
| 109. Es ist mir gleichgültig, was ich trinke,<br>Hauptsache es enthält Alkohol        | .672 <sup>x</sup> |
| 64. Ich trinke schneller als andere                                                   | .671              |

Faktor E<sub>II</sub>: "Kultivierung und Planung"

| <u>Items</u>                                                                | <u>Ladungen</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 18. Ich habe einen Vorrat an alkoholischen<br>Getränken                     | .692            |
| 48. Ich achte darauf, zu jeder Mahlzeit das<br>passende Getränk zu haben    | .606            |
| 43. Ich nehme mir Zeit, um ein Getränk richtig<br>zu genießen               | .589            |
| 33. Ich kaufe meine alkoholischen Getränke in<br>größeren Mengen auf einmal | .570            |
| 47. Ich plane meine Einkäufe von alkoholischen<br>Getränken                 | .528            |
| 25. Ich trinke Alkohol im Familienkreis                                     | .505            |
| 35. Ich trinke zu Hause                                                     | .487            |
| 17. Ich ziehe Getränke aus einer bestimmten<br>Gegend vor                   | .480            |

(Fortsetzung Tabelle 23)

| <u>Items</u>                                               | <u>Ladungen</u>    |
|------------------------------------------------------------|--------------------|
| 91. Ich achte darauf, für jedes Getränk das Glas zu nehmen | -.478 <sup>x</sup> |
| 44. Ich trinke mit Leuten, die mir sympathisch sind        | .470               |

Faktor E<sub>III</sub>: "Außerfamiliäres, soziales Trinken"

| <u>Items</u>                                                                           | <u>Ladungen</u>    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 12. Ich trinke mit 2 oder 3 anderen zusammen                                           | .667               |
| 50. Ich trinke Alkohol mit Freunden oder Arbeitskollegen                               | .601               |
| 75. Ich lasse mich von anderen zum Trinken überreden                                   | .575               |
| 106. Ich trinke bei beruflichen Festen wie Jubiläen, Betriebsausflügen, Betriebsfeiern | -.534 <sup>x</sup> |
| 100. Ich besuche immer wieder ein bestimmtes Trinklokal                                | -.516 <sup>x</sup> |
| 56. Ich trinke bei Bekannten oder Freunden                                             | .510               |
| 99. Ich gehe regelmäßig zum Stammtisch in ein Lokal                                    | -.501 <sup>x</sup> |
| 80. Ich ermuntere andere mit mir zu trinken                                            | .497               |
| 65. Ich trinke mit Leuten, die sozial tiefer stehen als ich                            | .496               |
| 30. Ich trinke mit Leuten zusammen, die ich vorher noch nie gesehen habe               | .491               |

Faktor E<sub>IV</sub>: "Minimales Gelegenheitstrinken"

| <u>Items</u>                                                               | <u>Ladungen</u> |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 26. Ich trinke wochenlang keinen Alkohol                                   | .707            |
| 4. Ich trinke tagelang keinen Alkohol                                      | .631            |
| 72. Ich trinke monatelang keinen Alkohol                                   | .624            |
| 58. Ich wechsle im Laufe eines Abends zu nichtalkoholischen Getränken über | .585            |
| 35. Ich trinke zu Hause                                                    | -.460           |

(Fortsetzung Tabelle 23)

| <u>Items</u>                                                                   | <u>Ladungen</u>   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| 62. Ich brauche sehr lange, bis ich mein Glas leer habe                        | .452              |
| 3. Ich lasse halbvolle Gläser stehen                                           | .435              |
| 88. Viele meiner Freunde trinken keinen Alkohol                                | .365              |
| 89. Wenn ich mit guten Freunden zusammenkomme, wird meistens Alkohol getrunken | .354 <sup>x</sup> |
| 63. Ich trinke, ohne einen besonderen Anlaß zu benötigen                       | -.340             |

#### 3.3.4.3.4. Akute Alkoholwirkung (Polaritätsprofile H 2)

Das subjektive Befinden unter Alkohol wurde von den Vpn anhand bipolarer Adjektivpaare eingeschätzt, die Dimensionen subjektiver Befindlichkeit darstellen, z.B.: betrübt ... beschwingt. Da eine Dosisabhängigkeit der Wirkung zu vermuten war, sollte die subjektive Wirkung geringerer und größerer Alkoholdosen beurteilt werden ("Als ich ein bißchen Alkohol getrunken hatte, fühlte ich mich vorwiegend ..." "Als ich viel Alkohol getrunken hatte, fühlte ich mich vorwiegend..."). Bei der getrennten Analyse dieser beiden ansonsten identischen Polaritätsprofile ergaben sich übereinstimmend je vier Faktoren, die vollkommen identisch interpretierbar waren und im Mittel 45,8% der Gesamtvarianz erklärten. Es handelte sich um die Faktoren: "Depression-Euphorie", "Selbstsicherheit", "Dämpfung", "Aggressive Gereiztheit". Diese kann man als Grundformen der Stimmungsveränderung auf Alkohol hin bezeichnen. Sie entsprechen auch den Dimensionen, nach denen die Profile zusammengestellt wurden.



Die Übereinstimmung ließ vermuten, daß geringere und höhere Alkoholdosen gleiche subjektive Wirkungen erzeugen. Bei einer gemeinsamen Faktorenanalyse beider Polaritätsprofile ergaben sich jedoch nicht diese vier, sondern stattdessen sechs Faktoren. Und zwar fanden sich übereinstimmend wieder die Faktoren "Dämpfung (versus Aktivierung)" und "aggressive Gereiztheit". Treten sie bei geringem Alkoholgenuß auf, so treten sie anscheinend bei den gleichen Personen auch bei höherem Alkoholkonsum auf. Das Auftreten dieser Stimmungsveränderung auf Alkohol hin scheint dosisunabhängig zu sein. Andererseits traten bei der gemeinsamen Analyse zwei Depressions-Euphorie-Faktoren auf und ebenfalls zwei Selbstsicherheitsfaktoren auf. Der eine der beiden Faktoren charakterisiert dabei jeweils das Befinden nach geringem Alkoholkonsum, der andere das Befinden nach hohem Alkoholkonsum. Wer also nach geringem Alkoholgenuß euphorisch und/oder selbstsicher wird, reagiert bei einer größeren Alkoholmenge nicht so und umgekehrt.

Ein dosisabhängiger Alkoholeffekt war nach der Literaturdurchsicht zu vermuten gewesen. Im Literaturteil wurde von Beobachtungen berichtet, wonach Alkohol zunächst aktivierend und stimmungshebend, dann aber zentral dämpfend und zuweilen auch depressions- und angsterzeugend wirkt. Daß aber auch die umgekehrte Abfolge auftreten kann, ist neu und bisher theoretisch ungeklärt. Ungeklärt bleibt auch, warum dieses Phänomen hier beim Faktor "Aktivierung - Dämpfung" nicht auftritt, und welche Personen auf die eine und welche auf die andere Weise reagieren.

Tabelle 24: Faktorenanalyse der Akuten Alkoholwirkung  
(Fragebogen H2)

N = 230, Anzahl der Items: 34, Anzahl der Faktoren: 6  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 45,8%)

Faktor H2<sub>I</sub> : "Depression bei viel Alkohol"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 8,8%)

Faktor H2<sub>II</sub> : "Depression bei wenig Alkohol"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 9,3%)

Faktor H2<sub>III</sub> : "Selbstsicherheit bei wenig Alkohol"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 9,3%)

Faktor H2<sub>IV</sub> : "Dämpfung"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 5,4%)

Faktor H2<sub>V</sub> : "Aggressive Gemiztheit"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 5,3%)

Faktor H2<sub>VI</sub> : "Selbstsicherheit bei viel Alkohol"  
(Anteil an der Gesamtvarianz: 7,4%)

Faktor H2<sub>I</sub>: "Depression bei viel Alkohol"

| <u>Items</u> | <u>Ladungen</u> |
|--------------|-----------------|
|--------------|-----------------|

Als ich viel Alkohol getrunken hatte,  
fühlte ich mich vorwiegend

|                       |                 |       |
|-----------------------|-----------------|-------|
| 96. ... froh          | - bedrückt      | .745  |
| 97. ... hoffnungsvoll | - resigniert    | .699  |
| 85. ... unbefangen    | - befangen      | .676  |
| 94. ... vertraut      | - unheimlich    | .635  |
| 82. ... gelöst        | - verkrampft    | .554  |
| 92. ... geordnet      | - durcheinander | .460  |
| 98. ... betrübt       | - beschwingt    | -.353 |

(Fortsetzung Tabelle 24)

Faktor H2<sub>II</sub>: "Depression bei wenig Alkohol"

| <u>Items</u>                                                                | <u>Ladungen</u> |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Als ich ein bißchen Alkohol getrunken hatte,<br>fühlte mich mich vorwiegend |                 |
| 80. ... hoffnungsvoll - resigniert                                          | .766            |
| 79. ... froh - bedrückt                                                     | .710            |
| 77. ... vertraut - unheimlich                                               | .649            |
| 68. ... unbefangen - befangen                                               | .645            |
| 75. ... geordnet - durcheinander                                            | .499            |
| 65. ... gelöst - verkrampft                                                 | .490            |
| 72. ... friedlich - aggressiv                                               | .437            |

Faktor H2<sub>III</sub>: "Selbstsicherheit bei wenig Alkohol"

| <u>Items</u>                                                               | <u>Ladungen</u> |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Als ich ein bißchen Alkohol getrunken hatte,<br>fühlte ich mich vorwiegend |                 |
| 67. ... schüchtern - selbstbewußt                                          | .725            |
| 81. ... betrübt - beschwingt                                               | .665            |
| 71. ... träge - energievoll                                                | .608            |
| 74. ... hilflos - souverän                                                 | .602            |
| 78. ... ausgeliefert - geschützt                                           | .559            |
| 69. ... überempfindlich - unempfindlich                                    | .556            |
| 73. ... gereizt - ausgeglichen                                             | .521            |

(Fortsetzung Tabelle 24)

Faktor H2<sub>IV</sub>: "Dämpfung"

| <u>Items</u>                                                            | <u>Ladungen</u> |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Als ich viel Alkohol getrunken hatte, fühlte ich mich vorwiegend        |                 |
| 37. ... wach - müde                                                     | .624            |
| 83. ... federnd gespannt - angenehm schwer                              | .607            |
| 88. ... träge - energievoll                                             | -.468           |
| 92. ... geordnet - durcheinander                                        | .372            |
| Als ich ein bißchen getrunken hatte, fühlte ich mich vorwiegend         |                 |
| 80. ... hoffnungsvoll - resigniert                                      | -.162           |
| Als ich viel Alkohol getrunken hatte, fühlte ich mich vorwiegend        |                 |
| 32. ... gelöst - verkrampft                                             | .162            |
| Als ich ein bißchen Alkohol getrunken hatte, fühlte ich mich vorwiegend |                 |
| 77. ... vertraut - unheimlich                                           | .161            |

Faktor H2<sub>V</sub>: "Aggressive Gereiztheit"

| <u>Items</u>                                                     | <u>Ladungen</u> |
|------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Als ich viel Alkohol getrunken hatte, fühlte ich mich vorwiegend |                 |
| 89. ... friedlich - aggressiv                                    | .611            |

(Fortsetzung Tabelle 24)

Als ich ein bißchen Alkohol getrunken hatte,  
fühlte ich mich vorwiegend

|                 |                |        |
|-----------------|----------------|--------|
| 73. ... gereizt | - ausgeglichen | - .472 |
|-----------------|----------------|--------|

Als ich viel Alkohol getrunken hatte,  
fühlte ich mich vorwiegend

|                         |                 |       |
|-------------------------|-----------------|-------|
| 92. ... geordnet        | - durcheinander | .398  |
| 86. ... überempfindlich | - unempfindlich | -.286 |
| 94. ... vertraut        | - unheimlich    | .262  |
| 84. ... schüchtern      | - selbstbewußt  | .197  |
| 82. ... gelöst          | - verkrampft    | -.151 |

Faktor H2<sub>VI</sub>: "Selbstsicherheit bei viel Alkohol"

Items

Ladungen

Als ich viel Alkohol getrunken hatte, fühlte  
ich mich vorwiegend

|                         |                 |      |
|-------------------------|-----------------|------|
| 91. ... hilflos         | - souverän      | .681 |
| 98. ... betrübt         | - beschwingt    | .652 |
| 84..... schüchtern      | - selbstbewußt  | .597 |
| 95. ... ausgeliefert    | - geschützt     | .525 |
| 88. ... träge           | - energievoll   | .512 |
| 86. ... überempfindlich | - unempfindlich | .404 |
| 93. ... unbeachtet      | - beachtet      | .401 |

### 3.3.5. Beziehungen zwischen den Kovariablen-Faktoren und den demographischen Merkmalen (Kontrollvariablen)

Eine Übersicht über die Korrelationen zwischen allen 10 erhobenen demographischen Merkmalen der Stichprobe und den einzelnen Kovariablenfaktoren, die hier aus Platzersparnisgründen nicht vollständig wiedergegeben wird, ergab: Von den einzelnen Kovariablen ausgehend wiesen folgende Faktoren nennenswerte Korrelationen (signifikant und mindestens .20) zu demographischen Merkmalen auf:

Faktor C<sub>III</sub> "Restriktive Normen" weist negative Korrelationen mit allen Merkmalen des sozioökonomischen Status auf (von -.203 bis -.323). Die Restriktivität der Normen nimmt also mit steigendem sozioökonomischen Status ab. Dies stimmt mit dem sonst behaupteten "autoritären Syndrom" in der Unterschicht überein, von dem die Alkoholnormen offensichtlich einen Teil darstellen.

Auch CAHALAN et al. (1969) fanden in der amerikanischen Repräsentativbefragung eine stärkere Restriktivität der Trinknormen in der Unterschicht. Das Ergebnis bestätigt auch die Vermutung, daß es sich um einen Faktor handelt, der mit sozialer Intelligenz und Bildung korreliert.

Außerdem weist von den Normen und Einstellungen noch

Faktor C<sub>IV</sub> "Soziale Distanzierung von Alkoholikern" eine positive Beziehung zum Alter auf (.250). Mag sein, daß das darauf zurückzuführen ist, daß die jüngeren Jahrgänge zu einer toleranteren Einstellung gegenüber Alkoholikern gefunden gefunden haben und das moralische Alkoholismuskonzept langsam an Boden verliert.

Von den Trinkmotivationsfaktoren weisen fast alle Korrelationen zu einzelnen demographischen Merkmalen auf. D1<sub>I</sub>

"Reaktion auf Kritik und Verstimmung" nimmt als Alkoholmotivation mit steigendem Nettoeinkommen ab (-.297), eben-



so nimmt  $D2_{II}$  "Angst vor Blamage" als Einschränkungsgrund mit steigendem Nettoeinkommen ab (-.360). Man gewinnt hier den Eindruck, steigendes Einkommen mache selbstsicherer oder den Alkohol als Mittel zur Erzeugung von Selbstsicherheit ungeeigneter. Als Mittel zur "Überwindung sozialer Unsicherheit" (Faktor  $D1_{III}$ ) wird Alkohol übrigens bevorzugt von Personen aus kleineren Orten genommen (.208). Der Faktor  $D2_I$  "Leistungsmotivation" nimmt mit der Qualifikation der Tätigkeit als Trinkeinschränkungsgrund zu (.229), was unmittelbar verständlich erscheint. Weiter zeigt noch der Faktor  $D2_{III}$  "Gesundheitliche Gründe" für die Einschränkung des Alkoholkonsums einen Anstieg mit dem Alter (.209), was mit der generell schlechteren Gesundheit und der höheren Besorgnis um den gesundheitlichen Zustand bei älteren Personen erklärt werden kann. Bei den Trinkmustern und -umständen fällt vor allem Faktor  $E_{II}$  auf, den wir "Kultivierung und Planung" genannt haben, und der positive Korrelationen mit allen Schichtvariablen aufweist (von .220 bis .390). Das hängt wohl mit dem unterschiedlichen Lebensstil der Schichten zusammen, insbesondere mit einer Neigung zu Kultivierung und Aesthetisierung in den höheren Schichten. Das würde zum höheren Weinkonsum in diesen Schichten passen. Ebenfalls könnte hier die geringere Fähigkeit der Unterschicht zum "delay of gratification" eine Rolle spielen.

Die "situativen und zeitlichen Trinkexzesse" (Faktor  $E_I$ ) nehmen mit steigendem Einkommen ab (-.242), das "außerfamiliäre soziale Trinken" (Faktor  $E_{III}$ ) nimmt mit steigendem Alter (-.294) und steigender Qualifikation der Tätigkeit (-.223) ab. "Minimales Gelegenheitstrinken" ( $E_{IV}$ ) scheint vor allem ein Charakteristikum des weiblichen Trinkstils zu sein (.248), wobei wir uns daran erinnern, daß Frauen generell geringere Quantitäten angaben. Von den Faktoren der akuten Alkoholwirkung zeigt nur  $H2_{III}$  "Selbstsicherheit bei wenig Alkohol" eine nennenswerte

Beziehung, und zwar zum Schulabschluß, was jedoch kaum interpretierbar ist.

Die stärksten Zusammenhänge mit den unmittelbaren Kovariablen wiesen also die Variablen des sozioökonomischen Status auf, während die familiären Verhältnisse hier praktisch ohne Einfluß zu sein scheinen, und Geschlecht und Alter nur bei vereinzelter Kovariablen eine Rolle spielen. Vor allem fiel die stärkere Kultivierung und geringere Normenrestriktivität in den höheren Schichten auf. Anscheinend wird das Trinkverhalten in den höheren Schichten eher durch preskriptive, in den unteren Schichten her durch proskriptive Normen geregelt. Da die preskriptiven häuslichen Normen der Kultivierung und Planung in der Unterschicht weitgehend fehlen, kommt es - so kann man folgern, dort eher zu situativen und zeitlichen Trinkexzessen und zum außerfamiliären sozialen Trinken. Die sozialen Schichten scheinen sich vor allem im Trinkstil und im normativen Pattern zu unterscheiden, weniger in den aktuellen Trinkausschüßern oder empfundener Stimmungsveränderung unter Alkohol. Letztere hängen eventuell eher mit Persönlichkeitsvariablen zusammen.

### 3.3.6. Beziehungen zwischen den Kovariablen-Faktoren und den Kriterien des problematischen Alkoholkonsums

Die Gesamtuntersuchung war so angelegt, daß zwar alle rund 1500 Vpn die Kriterien-Fragebögen beantworteten, aber jeweils ein Sechstel einen anderen Determinantenfragebögen. Dadurch ließen sich zwar die Korrelationen aller Kovariablen-Faktoren zu allen Kriterien errechnen, nicht aber die Korrelationen der Werte aus den einzelnen Kovariablenbogen untereinander. Es läßt sich daher bis jetzt keine multiple Regression mit allen Kovariablen durchführen. Vielmehr war

es lediglich möglich, die einfachen Korrelationen aller einzelnen Determinantenfaktoren mit allen einzelnen Kriterienfaktoren zu bestimmen. Aus diesen Koeffizienten wurden die multiplen Korrelationen aller Faktoren eines jeden Determinanten oder Teilbereichs mit dem der Kriterien bestimmt  $\sqrt{(\sum r_{FZ_K})}$ .

Tabelle 25 enthält eine Aufstellung dieser Multiplen Korrelationen der Kovariablen-Faktoren mit den Kriterienwerten und -faktoren.

Die Tabelle 26 zeigt die Korrelationen der einzelnen Kovariablen-Faktoren mit den einzelnen Kriterienwerten bzw. -faktoren.

### 3.3.6.1. Prädiktion der Kriterien durch die Kovariablen

Wie aus Tabelle 26 ersichtlich, gibt es unter den multiplen Korrelationsquotienten eine Reihe von recht hohen Werten. In der Untersuchung von CAHALAN (1970) betrug die höchste Korrelation einer Kovariablengruppe zu einem Trinkproblemscore .35. Insgesamt konnte dort mit einer Batterie von 10 Kovariablenbündeln nur eine multiple Korrelation zu besagtem Trinkproblemscore von .42 erzielt werden. Es muß aber angemerkt werden, daß es sich bei den beiden bei weitem am höchsten korrelierenden Variablen um solche handelt, die wir als "unmittelbare Kovariablen" bezeichnen würden (nämlich Einstellung zum Trinken und Unterstützung des Trinkens durch die Umgebung). Ich würde es für logisch halten, wenn auch auf anderen Verhaltensbereichen immer diejenigen Kovariablen, die direkt mit dem betreffenden Verhalten zu tun haben, höhere Korrelationen zu diesem Verhalten aufweisen als solche, die thematisch weiterab liegen, wie z.B. demographische Merkmale oder Persönlichkeitsvariablen (die CAHALAN, 1970, nicht erfaßt hat). Auch die

Tabelle 25: Multiple Korrelationen der intern validierten Kovariablen-Skalen mit den Kriterien

| Variablen der Höhe des Alkoholkonsums      | C<br>Einstellung-<br>gen | D1<br>Steigerung<br>des Alkoholkonsums | D2<br>Einschränkung<br>des Alkoholkonsums | E<br>Trinkmuster<br>und -umstände | H2<br>Akute Alkoholkolwirkung |
|--------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| Bier-Frequenz (A 13)                       | .3615                    | .3071                                  | .1682                                     | .5282                             | .2396                         |
| Wein-Frequenz (A 14)                       | .2419                    | .2587                                  | .1556                                     | .3835                             | .2787                         |
| Spirit.-Frequenz (A 15)                    | .2518                    | .3707                                  | .1382                                     | .6949                             | .1895                         |
| Bier-Quantität (A 31)                      | .4632                    | .4490                                  | .3002                                     | .6845                             | .3461                         |
| Wein-Quantität (A 32)                      | .3000                    | .4821                                  | .3189                                     | .3982                             | .3510                         |
| Spirit.-Quantität (A 33)                   | .4232                    | .5145                                  | .2784                                     | .5354                             | .4110                         |
| Minimal-Quantität (A 34)                   | .2700                    | .3059                                  | .2800                                     | .3789                             | .1591                         |
| Gesamt-Trinkscore (A 35)                   | .4932                    | .6098                                  | .3509                                     | .5804                             | .4350                         |
| <b>Trinkproblemfaktoren</b>                |                          |                                        |                                           |                                   |                               |
| BI "Familiäre Kritik und Selbstkritik      | .5330                    | .7433                                  | .5185                                     | .7277                             | .3231                         |
| Berufliche und finanzielle Probleme (BII)  | .2800                    | .4135                                  | .1466                                     | .5227                             | .2938                         |
| Gesundheitliche und soziale Probleme (BII) | .3015                    | .2328                                  | .2017                                     | .2258                             | .2864                         |

Tabelle 26: Korrelationen der Kovariablenfaktoren mit den Kriterien

| Bogen/Faktor                                                                                    | A <sub>13</sub> | A <sub>14</sub> | A <sub>15</sub> | A <sub>31</sub> | A <sub>32</sub> | A <sub>33</sub> | A <sub>34</sub> | A <sub>35</sub> | B <sub>I</sub> | B <sub>II</sub> | B <sub>III</sub> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|------------------|
| C Einstellung                                                                                   |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                |                 |                  |
| C <sub>I</sub> "Alkohol als Kon-<br>taktförderungs-<br>mittel"                                  | .298            | .048            | .076            | .264            | .145            | .082            | .016            | .244            | -.005          | .078            | .186             |
| C <sub>II</sub> "Therapieempfeh-<br>lung bei Gefähr-<br>dung anderer"                           | -.005           | -.148           | .016            | -.052           | -.010           | -.000           | .013            | -.042           | .092           | -.021           | -.107            |
| C <sub>III</sub> "Restriktive Nor-<br>men wegen sexual-<br>ler und aggressi-<br>ver Enthemmung" | .152            | .012            | .097            | .276            | .089            | .284            | -.242           | .255            | .347           | .197            | .221             |
| C <sub>IV</sub> "Soziale Distan-<br>zierung von Alko-<br>holikern"                              | -.137           | -.185           | -.219           | -.257           | -.247           | -.303           | -.118           | -.342           | -.394          | -.183           | -.020            |
| D Trinkmotivation                                                                               |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                |                 |                  |
| D <sub>1</sub> Steigerung des Alkoholkonsums                                                    |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                 |                |                 |                  |
| D <sub>1I</sub> "Reaktion auf Kri-<br>tik und Verstimmung"                                      | .201            | .175            | .259            | .362            | .327            | .388            | -.141           | .455            | .684           | .277            | .171             |
| D <sub>1II</sub> "Genuß und Auf-<br>forderung"                                                  | .179            | .111            | .117            | .090            | .118            | -.001           | .270            | .148            | .004           | -.157           | -.119            |
| D <sub>1III</sub> "Überwindung von<br>sozialer Unsicher-<br>heit"                               | .148            | 1.55            | .238            | .250            | .334            | .338            | -.030           | .378            | .291           | .264            | .096             |

D<sub>2</sub> Einschränkung des Alkoholkonsums

|                   |                          |      |      |       |       |       |      |       |       |       |       |       |
|-------------------|--------------------------|------|------|-------|-------|-------|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| D <sub>2I</sub>   | "Leistungsanforderung"   | .117 | .152 | .111  | .135  | .208  | .170 | .121  | .226  | .169  | -.091 | -.062 |
| D <sub>2II</sub>  | "Angst vor Blamage"      | .119 | .034 | .082  | .264  | .241  | .220 | -.193 | .268  | .489  | .093  | .186  |
| D <sub>2III</sub> | "Gesundheitliche Gründe" | .023 | .005 | -.011 | -.047 | -.020 | .016 | .163  | -.016 | -.034 | -.068 | -.074 |

E Trinkmuster und -umstände

|                  |                                        |      |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|------------------|----------------------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| E <sub>I</sub>   | "Situative und zeitliche Trinkexzesse" | .254 | .626  | .417  | .308  | .505  | -.179 | .592  | .700  | .372  | .142  |       |
| E <sub>II</sub>  | "Kultivierung und Planung"             | .098 | .273  | .203  | -.111 | .157  | -.002 | .281  | .101  | -.072 | -.166 | -.142 |
| E <sub>III</sub> | "Außerfamiliäres, soziales Trinken"    | .234 | .075  | .095  | .481  | .174  | .123  | .161  | .319  | -.136 | .269  | -.074 |
| E <sub>IV</sub>  | "Minimales Gelegenheitstrinken"        | .359 | -.055 | -.207 | -.226 | -.094 | -.129 | -.082 | -.267 | -.126 | .187  | -.052 |

H<sub>2</sub> Akute Alkoholwirkung

|                   |                                      |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-------------------|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| H <sub>2I</sub>   | "Depression bei viel Alkohol"        | -.003 | -.090 | .035  | .024  | -.131 | -.020 | -.090 | -.047 | .096  | -.009 | .060  |
| H <sub>2II</sub>  | "Depression bei wenig Alkohol"       | .023  | -.182 | -.058 | -.154 | -.223 | -.118 | .065  | -.190 | -.079 | -.071 | .035  |
| H <sub>2III</sub> | "Selbstsicherheit bei wenig Alkohol" | -.144 | -.147 | -.134 | -.211 | -.137 | -.276 | -.013 | -.275 | -.118 | -.088 | -.112 |
| H <sub>2IV</sub>  | "Dämpfung"                           | -.128 | .090  | -.030 | -.148 | -.045 | -.109 | .060  | -.124 | -.042 | -.095 | -.226 |
| H <sub>2V</sub>   | "Aggressive Geiztheit"               | .095  | .073  | .088  | .144  | .164  | .163  | -.031 | .195  | .162  | .151  | -.105 |
| H <sub>2VI</sub>  | "Selbstsicherheit bei viel Alkohol"  | .104  | .038  | .069  | .064  | .093  | .200  | -.091 | .148  | .068  | .204  | .051  |



Korrelationen der einzelnen Kovariablenfaktoren mit den einzelnen Kriterien sind zum Teil sehr hoch, bedeutend höher als die Korrelationen der Kriterien untereinander und der demographischen Merkmale zu den anderen Faktoren. Dies spricht für die oben vertretene Behauptung, daß nicht die Höhe des Alkoholkonsums an sich zu Problemen führt oder problematisiert wird, sondern der situative und normative Hintergrund, vor dem er geschieht. Von den Konsumvariablen ausgehend zeigt sich, daß eine Prädiktion durch die Kovariablen am wenigsten gut für die Weinkonsumvariablen ausfällt und für die Variable Minimalquantität. Bier- und Spirituosen-Variablen sowie Gesamttrinkscore weisen dagegen kaum niedrige Korrelationen auf.

Von den Kovariablenkomplexen ausgehend weist eindeutig die meisten hohen Korrelationen der Fragebogen E "Trinkmuster und -umstände" auf. Tabelle 26 läßt erkennen, daß diese hohen multiplen Korrelationen vor allem auf dem Faktor  $E_I$  "Situative und zeitliche Trinkexzesse" sowie  $E_{III}$  "Außerfamiliäres, soziales Trinken" zurückzuführen sind. Hier muß angemerkt werden, daß es sich bei diesen hohen Korrelationen zum Teil um triviale Beziehungen handelt; um einen hohen Alkoholkonsum zustande zu bringen, muß man zu sehr vielen Zeitpunkten und in sehr vielen Situationen trinken, während "Wenig-Trinker" sich zwangsläufig auf wenige Zeitpunkte und -situationen beschränken müssen.

Vieltrinker haben wahrscheinlich nicht in erster Linie andere Situationen und Zeitpunkte, zu denen sie trinken, sondern mehr. Wenn diese Interpretation richtig ist, müssen sich die Wenig-Trinker allerdings sehr invariabel verhalten, d.h. sie dürfen ihr Trinkmuster nicht ständig ändern.

Die Vermutung, daß es sich bei den hochkorrelierenden Trinkmustern und Umständen vor allem um Abweichungen von einem eng umschriebenen Normalverhalten handelt, und zwar um Überschreitungen und Abweichungen gleich welcher Art, wird auch dadurch gestützt, daß - wie eine weitere Dateninspektion ergab -, außer den je sieben höchstladenden Items pro Faktor, anhand derer wir die Faktoren präsentiert haben, bei Bogen E sich noch weitere 31 Items fanden, die allein für sich bereits Korrelationen von mindestens .30 mit mindestens einem der Kriterien aufwiesen, die sich aber inhaltlich nicht weiter zusammenfassen oder interpretieren ließen, jedenfalls keine neuen inhaltlichen Aspekte ergaben.

An zweiter Stelle in Bezug auf die Prädiktion aller einzelnen Kriterien stehen die Faktoren des Fragebogens "Trinkmotivation: Steigerung des Alkoholkonsums", der Auslöser für Alkoholkonsum erfaßt. Auf Tabelle 26 sieht man, daß diese hohen Korrelationen vor allem durch die Faktoren D<sub>II</sub> "Reaktion auf Kritik und Verstimmung" und D<sub>III</sub> "Überwindung sozialer Unsicherheit" zustandekommen, die mit den Kriterien positiv korrelieren. Auch hier gilt das Argument der trivialen Beziehungen: wer mehr trinkt, muß auch auf mehr und unterschiedliche Auslöser hin trinken. Oder: Wer mehr trinkt, kann auch mehr Gründe oder Rationalisierungen dafür angeben. Das Argument wird wieder durch die Anzahl von Einzelitems unterstützt, die für sich hoch mit den Kriterien korrelieren. Im Fragebogen D fanden sich allein 31 Items mit Korrelationen von über .40 zu mindestens einem Kriterium. Bei all diesen 31 Items handelt es sich wieder um solche, die nicht als höchstladende Items in den Faktoren vertreten sind. Bei den Trinkmotivations-Items war es schwer, überhaupt welche zu finden, die keine nennenswerten Korrelationen zu den Kriterien aufwiesen.

Allerdings finden sich die hohen Korrelationen vor allen Dingen bei den Quantitätsvariablen, nicht bei den Frequenzwerten, was nach dem oben vertretenen Argument zu erwarten gewesen wäre. Der Fragebogen  $D_2$  "Einschränkung des Alkoholkonsums", der Auslöser für die Einschränkung oder das Einstellen des üblichen Alkoholkonsums erfaßt, weist bedeutend geringere Korrelationen auf als  $D_1$  mit den positiven Motivationen.

Die Faktoren des Fragebogens C "Einstellungen und Normen gegenüber Alkoholkonsum, Alkoholikern und Abstinenzlern" weisen mittlere multiple Korrelationen zu den Kriterien auf. Dabei trägt der Faktor  $C_{IV}$  "Soziale Distanzierung von Alkoholikern" am meisten zu diesen Werten bei. Er korreliert negativ mit den Variablen der Konsumhöhe.

Die Faktoren von  $H_2$  "Akute Alkoholwirkung" überraschen durch ihre niedrigen Korrelationen. Sie erlauben lediglich für den Gesamttrinkscore und die Variable "Spiritosenquantität" einigermaßen valide Vorhersagen. Dies überrascht deshalb, weil sie sehr ähnliche Inhalte wie ein Teil der Items von  $D_1$  haben. Es mag hier allerdings mitgespielt haben, daß bei diesem Fragebogen die Items als Pole von Polaritätsprofilen formuliert waren, während sie sonst die einfache multiple-choice-Form hatten. Nach unserem Eindruck taten sich viele Vpn mit dieser Methode schwer, sodaß das Ergebnis verfälscht sein kann. Es mag aber auch sein, daß die angezielten Effekte nicht so sehr in einer Änderung der subjektiven Befindlichkeit liegen, oder daß bei Angabe von konkreten Auslösebedingungen sich leichter Differenzen zwischen verschiedenen Personengruppen feststellen lassen, weil sich so etwas besser präzisieren läßt und alle eher das gleiche darunter verstehen, als es subjektiven Befindlichkeiten der Fall ist.

Tabelle 26 zeigt, daß die multiplen Korrelationskoeffizienten für die Beziehung der Kovariablenkomplexe zu den Trinkproblemen zum Teil sehr hoch sind. Insbesondere läßt sich

der Faktor  $B_I$  "Familiäre Kritik und Selbstkritik" durch alle unmittelbaren Kovariablen außer  $H_2$  "Akute Alkoholkwirkung" sehr gut vorhersagen: die multiplen Korrelationskoeffizienten liegen zwischen .52 und .74. Für die beiden anderen Faktoren gelingt die Prediktion wesentlich weniger gut. Der Faktor  $B_{II}$  "Berufliche und finanzielle Probleme" weist noch ziemlich hohe Korrelationen (.41 und .52) mit den Faktoren von  $D_1$  "Steigerung des Alkoholkonsums" und denen von  $E$  "Trinkmuster und -umstände" auf. Dagegen finden sich bei dem Faktor  $B_{III}$  "Gesundheitliche und soziale Probleme" nirgends nennenswerte multiple Korrelationskoeffizienten.

Von den einzelnen Faktoren aus allen Fragebögen zu den unmittelbaren Kovariablen weisen folgende die höchsten Korrelationen zum Trinkproblemfaktor  $B_I$  "Familiäre Kritik und Selbstkritik" auf:

$C_{III}$  "Restriktive Normen" (.35)

$C_{IV}$  "Soziale Distanzierung von Alkoholikern" (-.39)

$D_{1I}$  "Trinken als Reaktion auf Kritik und Verstimmung" (.68)

$D_{2II}$  "Einschränkung des Trinkens aus Angst vor Blamage" (.49)

$E_I$  "Situative und zeitliche Trinkexzesse" (.70)

Bei dem Trinkproblemfaktor  $B_{II}$  "Berufliche und finanzielle Probleme" besteht die einzige Korrelation von über .30 bei Faktor  $E_I$  "Situative und zeitliche Trinkexzesse". Im Trinkproblemfaktor  $B_{III}$  "Gesundheitliche und soziale Probleme" weist keiner der Faktoren der unmittelbaren Kovariablen eine nennenswert hohe Korrelation auf.

### 3.3.6.2. Inhaltliche Interpretation der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kovariablenfaktoren, den Kriterien der Konsumhöhe und den Trinkproblemfaktoren

Bereits ein orientierender Blick auf die Tabelle 26 bestätigt unsere frühere Annahme, daß die Alkoholprobleme keineswegs eine direkte Folge der Höhe des Alkoholkonsums sind, sondern daß das Ausmaß des Alkoholkonsums nur einer von mehreren Faktoren im Problematisierungsprozeß ist. Die Kovariablenfaktoren haben z.T. viel höhere Korrelationen mit den Trinkproblemfaktoren als die Konsumvariablen. Erst beim Zusammentreffen erhöhten Alkoholkonsums mit bestimmten Kovariablenfaktoren oder Begleitumständen des Trinkens kommt es zu Trinkproblemen. Es gibt dabei solche Kovariablen, die für die ganze Alkoholismusproblematik, also für beide Arten von Kriterien irrelevant zu sein scheinen, außerdem solche, die zwar mit erhöhtem Konsum verbunden sind, aber unproblematisch sind, und schließlich solche, die sowohl mit erhöhtem Konsum wie mit erhöhten Problemen verbunden sind. Wir haben die Kovariablenfaktoren im folgenden in diese drei Klassen unterteilt, wobei als willkürlich festgesetztes Kriterium, ab dem wir eine Korrelation als solche zählen wollen, wie schon früher der Wert .20 festgesetzt wurde.

#### 3.3.6.2.1. Irrelevante Kovariablenfaktoren

An irrelevanten Kovariablenfaktoren, die mit keinem der Kriterien in nennenswerter Höhe korrelieren, die also Aspekte des Alkoholverhaltens darstellen, die für das Alkoholismusproblem ohne Belang sind (sofern nicht nicht-lineare Beziehungen bestehen) finden sich die folgenden:

C<sub>II</sub> "Therapieempfehlung bei Gefährdung anderer". Hier scheint es sich um eine neutral-objektive Meinungsabgabe zu handeln, die ohne Bezug zum eigenen Verhalten auf diesem Gebiet (und wahrscheinlich auch ohne Erfahrung) auftritt.

D2<sub>III</sub> "Gesundheitliche Gründe" für die Einschränkung des Alkoholkonsums. Diese Gründe sind eventuell nur sehr passager aktuell bei allen wirksam. Denkbar wäre auch, daß die unterschiedliche Alkoholverträglichkeit oder körperliche Toleranz die Korrelation aufhebt, indem nämlich bei den einen bereits geringe Alkoholquanten unangenehme körperliche Begleiterscheinungen bewirken, bei den anderen aber erst große Quanten.

Von den Variablen H<sub>2</sub> "Akute Alkoholwirkung" erwiesen sich zwei Faktoren als irrelevant, wobei allerdings auch die anderen Faktoren dieses Bogens keine sehr hohen Kriteriumskorrelationen aufweisen, was daran liegen mag, daß dieser Bogen sowieso von seiner Faktorenstruktur und dem methodischen Verständnis her unklar ist. Die Ergebnisse sind daher nur mit Vorsicht interpretierbar.

Die geringen Korrelationen stimmen allerdings auch mit den weiter oben referierten Ergebnissen überein, wonach das Reinforcement für das Trinken nicht so sehr in der unmittelbaren Wirkung des Alkohols liegt, insbesondere nicht in einer euphorisierenden oder angstlösenden Wirkung. Daß vielmehr ein operantes Lernparadigma angemessener zu sein scheint, wonach entweder das situative und soziale Setting des Trinkens eine höhere Verstärkerwirkung hat als das Trinken selbst, oder das Trinkverhalten selbst oder auch das Verhalten unter Alkohol verstärkt wird.

H2<sub>I</sub> "Depression bei viel Alkohol": hier könnte man den Mangel an Zusammenhang eventuell damit erklären, daß wenn die negative Konsequenz in der zeitlichen Abfolge erst so spät einsetzt (also nicht bereits bei einer geringen Menge), ein Lernerfolg und damit eine Beziehung zum Verhalten ausbleibt.



H2<sub>V</sub> "Aggressive Gereiztheit". Als Interpretation käme bei diesem Faktor in Frage, daß es sich entweder um keinen positiv erstrebten oder bewerteten Effekt handelt, oder daß er von der Umgebung negiert wird, sodaß er nicht verhaltenssteuernd wirkt. Denkbar wäre auch, daß er bei einem Teil der Vpn positiv sanktioniert wird, bei einem anderen Teil negativ, sodaß sich die Effekte in der Korrelation aufheben.

### 3.3.6.2.2. Kovariablenfaktoren, die mit unproblematischem Alkoholkonsum einhergehen

Bei den nächsten Kovariablenfaktoren handelt es sich um solche, die nur mit den Konsumkriterien nennenswerte Korrelationen aufweisen, nicht aber mit den Trinkproblemfaktoren. Es handelt sich also um Trinkbegleitumstände, unter denen auch erhöhter Alkoholkonsum unproblematisch ist (wiederum: sofern keine nicht-linearen Beziehungen vorliegen).

C<sub>I</sub> "Alkohol als Kontaktförderungsmittel". Es bestätigt sich hier wie in früheren empirischen Untersuchungen, daß eine soziale Alkoholdefinition im Gegensatz zu einer persönlichen unproblematisch ist. Neu ist allerdings, daß sie sehr wohl mit einem erhöhten Konsum, vor allem von Bier, verbunden ist. Bei einer solchen motivationalen Einbettung scheint aber der erhöhte Konsum weder vom Trinkenden selbst noch von seiner Umgebung problematisiert zu werden. Wahrscheinlich findet dabei der Alkoholkonsum auch nur unter sozial positiv sanktionierten Umständen statt, sodaß er auch mit keinen finanziellen oder beruflichen Verhaltenserwartungen interferiert.

D1<sub>II</sub> "Genuß und Aufforderung" als Trinkmotivation. Dieser Faktor korreliert in nennenswertem Umfang nur mit der "Minimalquantität" (also der Quantität "ein Glas oder we-

niger" ohne Getränkepräferenz). Bei diesem Faktor stehen die genuin positiven Qualitäten des Alkohols im Vordergrund, die aber nur bei äußeren Anlässen genossen oder eingesetzt werden, bzw. zu denen man sich gelegentlich überreden läßt. Wie bei den Lerntheorien dargestellt, scheinen diese positiven Qualitäten aber nicht zum Mehrtrinken, zum Süchtigwerden zu verleiten und sind daher unproblematisch.

D2<sub>I</sub> "Leistungsanforderung" als Grund zur Einschränkung des Trinkens. Der Faktor korreliert nur mit Weinquantität und - wahrscheinlich darauf basierend - mit dem Gesamttrinkscore. Wahrscheinlich wird der Zusammenhang z.T. über die Schichtvariablen vermittelt. Wie wir gesehen hatten, wird bei steigendem sozioökonomischen Status sowohl mehr Wein getrunken als auch "Leistungsanforderung" häufiger als Grund zur Trinkeinschränkung angegeben. Interessant ist aber, daß diejenigen, die das als Grund zur Trinkeinschränkung angeben, anscheinend Personen sind, die eigentlich größere Mengen trinken. Wenn das Trinken aber soweit unter "Realitätskontrolle" steht, daß es eingeschränkt wird, wenn es sozusagen "drauf ankommt", scheint es kaum zu Problemen zu kommen. In der Tat findet sich - trotz des hohen Konsums - sogar eine leicht negative Korrelation zum Faktor B<sub>II</sub> "berufliche und finanzielle Probleme" aufgrund des Trinkens.

E<sub>II</sub> "Kultivierung und Planung". Diese Form ritualisierten Alkoholgebrauchs oder aesthetisierter Trinkkultur mit preskriptiven Normen stellt für die Betreffenden wahrscheinlich eher einen Wert (eventuell auch ein Statussymbol) denn ein Problem dar. Die soziokulturellen Theorien stellen solche gepflegten Trinksitten als wirksames Regulans gegen Alkoholismus dar, NATHAN und O'BRIEN (1971) bemerkten einen Mangel an solchen Kultivierungsformen bei ihren Alkoholiker-Vpn. Nach den hier vorliegenden Daten scheint ein solcher

Trinkstil zwar mit einer erhöhten Trinkfrequenz einherzugehen, und zwar werden vor allem Wein und Spirituosen, nicht jedoch Bier, häufiger getrunken, doch weist er gleichzeitig eine höhere Korrelation mit "Minimalquantität" auf. D.h. es wird zwar häufig, aber in minimalen Mengen getrunken. Die Art der bevorzugten Getränke dürfte wieder schichtspezifisch zu erklären sein. Wie wir gesehen hatten, handelt es sich bei dem Kultivierungs- und Planungsmustern um ein Verhalten, das bevorzugt bei gehobenem sozioökonomischen Status auftritt. Auch diese Einbettung des Trinkens interferiert nicht mit dem beruflichen oder finanziellen Leben des Betreffenden und wird weder von ihm noch seiner sozialen Umgebung problematisiert (gering negative Korrelationen mit den Trinkproblemfaktoren).

E<sub>IV</sub> "Minimales Gelegenheitstrinken": Der Faktor weist nennenswerte, und zwar negative Korrelationen zu den Konsumvariablen Bier- und Spirituosenfrequenz, sowie - dadurch bedingt - zum Gesamttrinkscore auf. Die Korrelationen kommen hier eventuell durch die Geschlechtsvariable zustande. Wie wir gesehen hatten, sind die eben genannten Konsumkriterien eben diejenigen, bei denen die Frauen signifikant tiefer liegen. Ebenso ist der Trinkstil des minimalen Gelegenheitstrinkens bei Frauen häufiger anzutreffen. Ein solcher Trinkstil kann natürlich kaum zu Problemen führen.

H<sup>2</sup><sub>III</sub> "Selbstsicherheit bei wenig Alkohol". Der Faktor korreliert negativ mit Bierquantität und Spirituosenquantität und wiederum mit dem Gesamttrinkscore. Anscheinend haben diejenigen, die bereits bei geringen Alkoholquantitäten selbstsicher werden, kein Bedürfnis, weiter zu trinken, wodurch dann auch keine Probleme entstehen. Man könnte auch so interpretieren, daß diese Personen das, was sie wollen, mit geringen Quantitäten erreichen, was für sie, ihre Bezugspersonen und ihren Lebensablauf unproblematisch ist.

### 3.3.6.2.3. Kovariablenfaktoren, die mit problematischem Alkoholkonsum einhergehen

Alle anderen, noch verbleibenden Kovariablenfaktoren haben nennenswerte - und zwar z.T. sogar sehr hohe - Korrelationen mit den Trinkproblemfaktoren. Bis auf einen weisen sie auch alle relativ hohe Korrelationen zu den Konsumkriterien auf. Hier handelt es sich also um Trinkbegleitumstände, unter denen erhöhter Alkoholkonsum problematisch ist.

C<sub>III</sub> "Restriktive Normen" weist positive Korrelationen zu Bier- und Spirituosenquantität und Gesamttrinkscore auf, negative zur "Minimalquantität" und positive zu den Trinkproblemfaktoren B<sub>I</sub> "Kritik und Selbstkritik" sowie B<sub>III</sub> "Gesundheitliche und soziale Probleme". D.h. je höher die getrunkenen Quantitäten, desto restriktiver sind die Normen und desto stärker problematisiert das Individuum und seine nähere soziale Umgebung sein Trinkverhalten. (Die Korrelation mit B<sub>III</sub> ist wegen der Unklarheit des Faktors nur schwer zu interpretieren). Man kann annehmen, daß die Restriktivität der Normen und die Selbstkritik aus der gleichen Quelle stammen, wobei die Skrupulosität natürlich besonders dann einsetzt, wenn der Konsum tatsächlich die allgemeinen Normen überschreitet (wobei insbesondere hohe Quantitäten Normübertretungen darstellen). Auf den Kreisprozeß, der sich hier entwickeln kann, werden wir weiter unten noch eingehen.

C<sub>IV</sub> "Soziale Distanzierung von Alkoholikern" nimmt mit steigender Spirituosenfrequenz, sowie steigender Quantität aller Getränkearten und steigendem Gesamttrinkscore und mit zunehmenden Alkoholproblemen B<sub>I</sub> ab. Das läßt sich wie folgt interpretieren: wer selbst sozial akzeptable Mengen trinkt und Spirituosen auch in sehr niedriger Frequenz (was hier das allgemein akzeptierte Verhalten darstellt),

kann sich leicht von Alkoholikern als Abweichenden distanzieren, sich selbst in der Rolle des Normalen erleben, der sich positiv vom Alkoholiker abhebt, und kann den Prozeß der Stigmatisierung und des sozialen Ausschlusses in die Wege leiten. Wer aber selber Probleme auf diesem Gebiet hat und selbst registriert, daß er in normüberschreitender Weise trinkt, muß die moralische Abqualifizierung und sozialen Ausschluß für sich selbst befürchten. Er vertritt daher selber nicht diese Einstellung.

D1<sub>I</sub> "Reaktion auf Kritik und Verstimmung". Der Faktor weist hohe, z.T. sehr hohe Korrelationen zu den meisten Kriterien auf: zur Bier- und Spirituosenfrequenz, zu den Quantitätsfaktoren aller drei Getränkearten, zum Gesamttrinkscore und zu den Trinkproblemfaktoren B<sub>I</sub> und B<sub>II</sub>, wobei die Korrelationen mit dem Gesamttrinkscore mit .455 und dem Faktor B<sub>I</sub> mit .684 am höchsten ausfallen. Bei denjenigen, die als wesentliche subjektiv empfundene Motivation ihres Mehrtrinkens eine Reaktion auf Kritik und Verstimmung angeben, kommt es also bei erhöhtem Alkoholkonsum zu Alkoholproblemen. Hierbei läßt sich vor allem bei dem Zusammenhang von D1<sub>I</sub> "Trinken als Reaktion auf Kritik und Verstimmung" und B<sub>I</sub> "Kritik und Selbstkritik wegen des Trinkens" an ein unmittelbares Ineinanderhaken denken: je mehr getrunken wird, desto stärker wird die Kritik der Familie und des Trinkenden selbst, was wiederum einen Auslöser für Mehrtrinken darstellt. Auch hier kann es zur Ausbildung eines negativen Kreisprozesses kommen.

D1<sub>III</sub> "Überwindung von sozialer Unsicherheit": Auch dieser subjektive Trinkgrund nimmt mit steigender Quantität aller Getränkearten, mit der Spirituosenfrequenz und mit dem Gesamttrinkscore zu und weist außerdem nennenswerte positive Korrelationen zu den Trinkproblemfaktoren (B<sub>I</sub> und B<sub>II</sub>) auf. Auch hier handelt es sich um eine "persönliche Alkohol-

definition", wobei wegen des zu erzielenden Effektes (Abbau von Hemmungen oder Erzeugung eines befriedigenden Kontaktverhaltens) eine große Menge oder ein schnell wirkendes Getränk genommen werden muß (während wir oben bei H<sup>2</sup><sub>III</sub> gesehen hatten, daß es nicht zu Problemen kommt, wenn Selbstsicherheit mit geringen Quantitäten erzeugt werden kann). Denkbar wäre auch die Interpretation, daß es bei größeren Alkoholmengen zum Abbau überhöhter Selbstkritik kommt, sodaß das eigene Kontaktverhalten dann als akzeptabler empfunden wird (was real nicht der Fall zu sein braucht), während dann in nüchternem Zustand die Selbstkritik wegen des Trinkens wieder einsetzt. Außerdem kann man annehmen, daß die dabei benötigten Quantitäten und die Normübertretungen so groß sind, daß es zu Kollisionen im finanziellen und beruflichen Bereich kommt.

D<sup>2</sup><sub>II</sub> "Angst vor Blamage" als Grund für die Einschränkung des Trinkens ist wahrscheinlich ein Pendant zu dem eben besprochenen positiven Trinkgrund. Auch hier steht die Wirkung des Selbst auf andere im Vordergrund der Verhaltenssteuerung. Der Faktor nimmt mit höheren Quantitäten zu und weist eine hohe Korrelation mit der Trinkproblematisierung B<sub>I</sub> auf. Anzunehmen ist, daß Kritik und Selbstkritik eben wegen der Angst vor Blamage einsetzen, wobei die Gefahr der Blamage bei höheren Quantitäten und trinkkritischen Bezugspersonen in erhöhtem Maße besteht. Möglich ist auch, daß die erhöhte Kritik und Selbstkritik, also die erhöhte Problematisierung des Trinkens, die Einschränkungsversuche in Gang setzen.

E<sub>I</sub> "Situative und zeitliche Trinkexzesse". Der Faktor weist sehr hohe Korrelationen zu den Konsumvariablen auf, vor allem zur Spirituosenfrequenz und -quantität, zur Bier- und Weinquantität und zum Gesamttrinkscore. Außerdem besteht eine sehr hohe Korrelation mit Trinkproblemfaktor B<sub>I</sub> (.70) und relativ hohe Korrelationen mit den übrigen



Konsumvariablen und Faktor  $B_{II}$ . Weiter oben wurde schon erwähnt, daß es sich hier wahrscheinlich zum Teil um tri-viale Beziehungen handelt: um einen hohen Konsum zu er-reichen, muß man zu sehr vielen Zeiten und Situationen trinken, also auch zu solchen, zu denen die Mehrheit nicht trinkt. Oder umgekehrt: wer zu sehr vielen Zeiten und Situationen trinkt, auch zu solchen, zu denen die Mehr-heit nicht trinkt, erreicht automatisch einen höheren Kon-sum. Hierfür ist allerdings Voraussetzung, daß die Mehr-trinker zusätzlich zu den üblichen Situationen und Zeiten auch zu anderen trinken, und daß die Wenigtrinker sich an ein nach ganz bestimmten Normen geregeltes Trinkverhal-tensmuster halten, also nicht nur zu weniger Gelegenheiten trinken, sondern nur zu ganz bestimmten Gelegenheiten. Außerdem können wir ergänzen, daß bei den situativen und zeitlichen Trinkexzessen offensichtlich das Faktum der Normüberschreitung problematischer ist als der dadurch erzielte höhere Konsum: der Faktor "situative und zeitli-che Trinkexzesse" hat nämlich eine bedeutend höhere Korre-lation mit den Trinkproblemfaktoren aufzuweisen als die Konsumhöhe allein. Erhöhter Konsum führt also vor allem dann zu Problemen, wenn er unter solchen normabweichenden Umständen stattfindet. Weiter bestätigt sich die Annahme, daß bei Spirituosen wohl bereits eine einigermaßen regel-mäßige Frequenz, egal welcher Quantität, eine Normüber-tretung darstellt. Jedenfalls sind mit höherer Spirituo-senfrequenz auch die anderen Normüberschreitungen erhöht, was bei erhöhter Wein- und Bierfrequenz nicht der Fall zu sein braucht. Weiter sieht man, daß es bei solch norm-überschreitendem Trinken nicht nur zu verstärkter subjek-tiver Problematisierung des Trinkens kommt, sondern daß es auch zum Auftreten "objektiver", äußerlicher Probleme kommt. Vermutlich interferiert ein solcher Trinkstil mit einem geregelten, angepaßten beruflichen und finanziellen Leben. Wenn zu sozial nicht positiv sanktionierten Zeiten

getrunken wird, so sind darunter auch solche, die die Arbeit direkt tangieren: Eine Alkoholnorm, die normalerweise eingehalten wird, heißt ja, jedenfalls in den meisten Berufen, daß während der Arbeitszeit nicht getrunken wird, sondern erst in der Freizeit, oder daß vormittags nicht getrunken werden soll, zu einer Zeit also, wo die meisten Menschen arbeiten. Bereits bei D2<sub>I</sub> hatten wir gesehen, daß erhöhter Alkoholkonsum dann nicht zu Arbeits- und Finanzproblemen führt, wenn er zu Zeiten erhöhter Anforderung eingeschränkt wird, wenn er also einer Realitäts- oder besser gesagt Leistungs-Kontrolle unterliegt. Eine solche Steuerung aber scheint bei den situativen und zeitlichen Trinkexzessen zu fehlen.

E<sub>III</sub> "Außerfamiliäres soziales Trinken", ein Faktor, den wir als Peer-group-Trinken außerhalb der Familie mit gegenseitigem Animieren zum Trinken kennengelernt hatten, weist Beziehungen zu erhöhtem Bierkonsum (vor allem in der Quantität), erhöhtem Gesamttrinkscore und erhöhten Trinkproblemen B<sub>II</sub> "Berufliche und finanzielle Probleme" auf. (Zu B<sub>I</sub> besteht dagegen eine, wenn auch geringe negative Beziehung). Hier ist das Trinken Teil des außerfamiliären Freizeitverhaltens und erfährt wahrscheinlich schon allein deshalb keine Problematisierung durch die Familie (falls vorhanden). Wir erinnern uns, daß dieser Trinkstil ein Charakteristikum vor allem der jüngeren Jahrgänge ist. Anscheinend wird dieser Trinkstil, eventuell wegen der sozialen Geltung und Unterstützung, die ihm das Trinken in solchen Gruppen verschafft, vom Individuum insgesamt eher als positiv erlebt, wenn er auch mit realen äußeren Problemen verbunden ist. Schuld an den Problemen gibt das Individuum wahrscheinlich nicht dem eigenen Alkoholkonsum, sondern eher denjenigen, die auf sein abweichendes Verhalten mit negativen Sanktionen reagieren. Trinken stellt hier wahrscheinlich für das Individuum und seine Peer-group

einen positiven Wert dar, nicht aber für seine weitere soziale Umgebung. Eventuell handelt es sich bei den Trinkgruppen auch um die trinkende Subkultur, die das Individuum nach der erfolgten sozialen Diskriminierung aufsucht.

H2<sub>IV</sub> "Dämpfung" ist einer der wenigen Kovariablenfaktoren, die eine nennenswerte Korrelation zu Faktor B<sub>III</sub> "Gesundheitliche und soziale Probleme" aufweisen. D.h. Personen, die auf Alkohol eher mit Aktivierungserhöhung reagieren, haben eher gesundheitliche und soziale Alkoholprobleme, Individuum, die eher mit zentraler Dämpfung reagieren, weniger. Wie das weiter zu interpretieren ist, muß bei der Unklarheit der beiden miteinander korrelierenden Faktoren offen bleiben.

H2<sub>VI</sub> "Selbstsicherheit bei viel Alkohol" weist nennenswerte positive Korrelationen zur Spirituosenquantität und zu den beruflichen und finanziellen Trinkproblemen B<sub>II</sub> auf. Weiter oben hatten wir bereits gesehen, daß, wenn Selbstsicherheit bereits bei geringen Quantitäten erreicht werden kann (H2<sub>III</sub>) nur geringe Quantitäten getrunken werden und wenig Probleme entstehen. Bei den Alkoholmotivationen hatten wir gesehen, daß die Überwindung sozialer Unsicherheit als persönliche Alkoholmotivation mit erhöhtem Konsum und erhöhten Problemen verbunden ist. Das bestätigt sich bei H2<sub>IV</sub>, bei dem anscheinend auch größere Quantitäten zur Erreichung des gewünschten Effektes nötig sind. Hochprozentiges wird hier wahrscheinlich getrunken, um möglichst rasch eine Befindlichkeitsänderung in der erstrebten Richtung herbeizuführen. Der Effekt wird anscheinend subjektiv erreicht, wodurch das Individuum sein Trinken und sich selbst unter Alkohol als eher positiv beurteilt. Die weitere soziale Umgebung teilt die Selbsteinschätzung des Individuums aber nicht, wodurch es zu finanziellen und beruflichen Problemen kommt.

#### 3.3.6.2.4. Entwicklung neuer Modelle des problematischen Alkoholkonsums

Zentriert um die hohen Korrelationen um den Faktor  $B_I$  läßt sich temptativ ein neues Modell des Alkoholismus bzw. des problematischen Alkoholkonsums formulieren:

Ein Individuum mit problematischem Alkoholkonsum verfügt auf der einen Seite über ausgesprochen restriktive Trinknormen ( $C_{III}$ ), die es vermutlich mit seiner näheren sozialen Umgebung teilt. Auf der anderen Seite besteht bei ihm ein Verhaltensexzeß in Bezug auf sein Trinkverhalten, indem dieses auch zu Zeiten und Situationen stattfindet, die nicht positiv sozial sanktioniert sind ( $E_I$ ). Die Höhe des Konsums ist dabei nur ein Teil des Exzesses, des Normüberschreitens. Es besteht also eine erhebliche Diskrepanz zwischen Normen und Verhalten. Dies führt zur Entstehung der Trinkprobleme ( $B_I$ ): Kritik und Selbstkritik wegen des Trinkens. Individuum wie soziale Umwelt stellen mit Besorgnis fest, daß der Alkoholkonsum die eigenen Normen überschreitet. Diese Kritik und Selbstkritik löst folgende Reaktionen aus: 1. Trinken als Reaktion auf Kritik und Verstimmung ( $D1_I$ ), 2. Einschränkungsvorhaben aus Angst vor Blamage ( $D2_{II}$ ) und 3. Angst vor moralischer Abqualifizierung und der Etikettierung als Alkoholiker und damit sozialem Ausschluß ( $C_{IV}$ ). Da aber Trinken von Alkohol, wenn es als Reaktion auf Kritik und Verstimmung geschieht, in Zeiten und Situationen auftritt, die persönlich bestimmt sind und nicht zu den sozial positiv sanktionierten zählen, ergibt sich wiederum ein Verhaltensexzeß ( $E_I$ ). Ebenso ergibt sich aus der Angst vor Blamage ( $D2_{II}$ ), vor moralischer Abqualifizierung und sozialem Ausschluß wahrscheinlich ein Anheben der Restriktivität der Normen in Bezug auf das eigene Trinkverhalten. Damit schließt sich ein *circulus vitiosus*.

Um das Modell noch graphisch zu veranschaulichen:

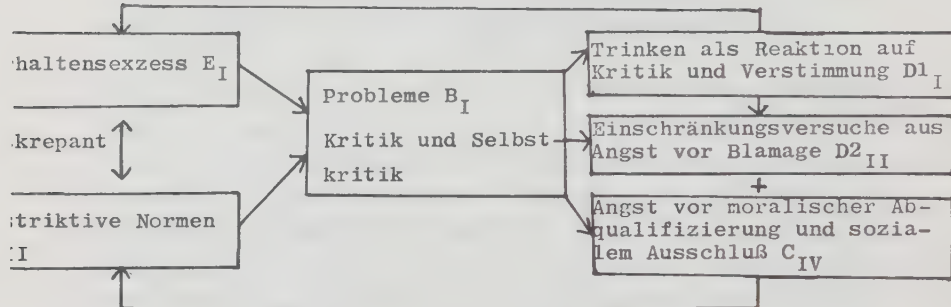


**Abb. 4:** Modell des problematischen Alkoholkonsums und seiner unmittelbaren Kovariablen

Von zentraler Bedeutung ist in diesem Modell das Aufeinandertreffen restriktiver Normen und exzessivem Verhaltens. Dabei führt das Vorhandensein der restriktiven Normen wahrscheinlich auch zu den Einschränkungsversuchen aus Angst vor Blamage, bzw. die Angst vor Blamage ist ein Teil dieser Normen.

Ein Faktor von beiden (also Verhaltenssexzeß oder Restriktivität der Normen) allein führt wahrscheinlich noch zu keinem Problematisierungsprozeß. Stark restriktive Normen verbunden mit geringem Alkoholkonsum zu sozial positiv sanktionierten Zeiten und Situationen sind sicher unproblematisch. Ebenso führt ein Trinkverhalten, das zu allgemein nicht positiv sanktionierten Zeiten und Situationen stattfindet, vielmehr diese Normen überschreitet, nicht zur Problematisierung, wenn weder das Individuum noch seine engere soziale Umgebung diese Normen teilen. Dies ist eventuell bei Faktor B<sub>II</sub> der Fall, den wir weiter oben als "Verwahrlosungs-" oder "Unzuverlässigkeitsfaktor" interpretiert haben. Hier kommt es zwar durch das Trinken bzw. seine Folgen zu Konfrontationen mit der weiteren sozialen Umgebung (die beruflichen und finanziellen Probleme), die



aber vom Individuum wahrscheinlich als außer ihm liegende reale Probleme erlebt werden, während es den eigenen Alkoholkonsum nicht problematisiert, obgleich er nach allgemeinen Normen exzessiv ist ( $E_I$ ). Dies wäre die zweite Form von Alkoholismus oder Problematischem Trinken, die aber jedenfalls bei den hier erfaßten Variablen und Versuchspersonen nicht so deutlich hervortritt wie die erste.

Außer den Trinkexzessen korrelieren folgende Kovariablenfaktoren mit  $B_{II}$  in nennenswertem Umfang:  $D1_I$  "Reaktion auf Kritik und Verstimmung",  $D1_{III}$  "Überwindung von sozialer Unsicherheit",  $E_{III}$  "Außerfamiliäres soziales Trinken" und  $H2_{VI}$  "Selbstsicherheit bei viel Alkohol". Man gewinnt den Eindruck, daß Individuen dieses Typs von Alkoholismus oder problematischen Trinkens, ein positives Selbstbild von sich im alkoholisierten Zustand haben. Anders als der andere Typus fürchten sie keine Blamage wegen ihres Verhaltens unter Alkohol, keine negative soziale Sanktionierung für zuviel Trinken, sondern fühlen sich im Gegenteil unter Alkohol selbstsicher und von einer gleichgesinnten Peergruppe unterstützt. Eventuell wird deswegen das eigene Kontaktverhalten unter Alkohol als positiver eingeschätzt als im nüchternen Zustand ( $D1_{III}$ ), weil nur in diesem Zustand ein soziales Reinforcement erfahren wird, nämlich durch die Trinkgruppe. Möglich ist auch, daß der Anschluß an die Trinkgruppe erst im Anschluß an die soziale Diskriminierung und Erfolglosigkeit (berufliche und finanzielle Probleme) zustandegekommen ist.

Die empirisch häufiger bestätigte Behauptung, daß eine soziale Alkoholdefinition ungefährlich sei im Gegensatz zu einer persönlichen, kann dahingehend präzisiert werden, daß eine soziale Alkoholdefinition, wie sich bei uns in den Faktoren  $C_I$  "Alkohol als Kontaktförderungsmittel",  $D1_{III}$  "Überwindung von sozialer Unsicherheit" bzw. Freisetzung positiv sanktionierter sozialer Verhaltensweisen und  $E_{III}$  "Außerfamiliäres soziales Trinken" findet, zwar



mit der Konsumhöhe in nennenswertem Ausmaß korreliert, daß aber ein solches Trinken wenig problematisiert wird. Bei der mit Problemen verquickten persönlichen Alkoholdefinition scheint es sich um eine Alkoholmotivation zu handeln, die vor allem als Reaktion auf Kritik und Verstimmung auftritt. Dabei scheint der Effekt des Alkohols dann aber nicht als positiv bzw. erleichternd empfunden zu werden (H2).

Das oben beschriebene Modell deckt (zusammen mit dem zweiten) m.E. eine Reihe empirischer Ergebnisse außerhalb unserer Untersuchung (z.B. das hohe Alkoholismuskommen bei Personen aus Abstinenzhintergründen, die zu trinken beginnen) und stellt auch den Versuch einer stimmigen und relativ unkomplizierten Kombination von oben beschriebenen theoretischen Modellen des Alkoholismus und seiner unmittelbaren Kovariablen dar.

Es ist übrigens anzunehmen, daß das um  $B_I$  zentrierte Modell in etwa dem von JELLINEK (1960) beschriebenen Gamma-Alkoholiker (psychisch abhängig mit Kontrollverlust) entspricht, während das um den Faktor  $B_{II}$  zentrierte eher dem Delta-trinker JELLINEKS entspricht, der als Gewohnheitstrinker mit einer Unfähigkeit dem Alkohol zu widerstehen, beschrieben wurde (siehe oben). Wir glauben jedoch, daß mit den hier dargestellten Modellen die Typisierung sich zwar empirisch bestätigt, das Alkoholismuskonzept aber entmystifiziert ist.

### 3.3.6.3. Zusammenfassung

Die Korrelationen zwischen den Kovariablen und den Kriterien lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Wir können annehmen, bei der Auswahl unserer Kovariablen des Problemtrinkens eine sehr gute Auswahl getroffen zu haben. Die multiplen Korrelationen der Faktoren der ein-

zelenen Determinantenkomplexe reichen bis zu .74, und zwar bestehen sowohl für die Variablen die Höhe des Alkoholkonsums wie für die Trinkproblemfaktoren hohe Korrelationen mit Kovariablenfaktoren. Einzelne Kovariablenfaktoren korrelieren erheblich höher sowohl mit Variablen der Höhe des Alkoholkonsums wie auch mit den Trinkproblemfaktoren als diese Kriterien untereinander korrelieren. Außerdem läßt sich zusammenfassend folgendes feststellen:

Insgesamt die höchsten Kriteriumskorrelationen weisen die Fragenkomplexe: "Trinkmuster und Trinkumstände" und "Trinkmotivation, Trinkauslöser" auf. Zusätzlich zu den in hochkorrelierenden Faktoren erfaßten Items fanden sich hier auch sehr viele Einzelitems, die keine hohen Faktorenladungen aufwiesen, aber hoch mit den Kriterien korrelierten. Es muß allerdings angemerkt werden, daß es sich bei diesen hohen Korrelationen zum Teil um triviale Beziehungen handelt: Um einen hohen Alkoholkonsum zustande zu bringen, muß man zu sehr vielen Zeitpunkten und in sehr vielen Situationen trinken, während "Wenig-Trinker" sich zwangsläufig auf weniger Zeitpunkte und -situationen beschränken müssen. Vieltrinker haben wahrscheinlich nicht in erster Linie andere Situationen und Zeitpunkte, zu denen sie trinken, sondern mehr. Dadurch haben sie natürlich auch mehr Auslöser für das Trinken.

Es ließen sich drei Arten von Kovariablen feststellen:

1. solche, die in Bezug auf das gesamte Alkoholismusproblem irrelevant zu sein scheinen, die also mit keinem der Kriterien nennenswerte Korrelationen aufweisen, 2. solche, in deren Verbindung auch erhöhter Alkoholkonsum keine Problematisierung erfährt und 3. solche, in deren Einbettung erhöhter Alkoholkonsum problematisch ist.

Von den Trinkproblemen ließ sich aus den Kovariablenfaktoren am besten Faktor B<sub>I</sub> "Kritik und Selbstkritik" vorhersagen, am zweitbesten Faktor B<sub>II</sub> "Berufliche und finan-

zielle Probleme", während bei Faktor B<sub>III</sub> sich auch bei Verwendung von multiplen Korrelationen nur schwache Beziehungen ergaben.

Zentriert um die beiden ersten Trinkproblemfaktoren und ihre Kovariablenbeziehungen werden zwei neue Alkoholismus-Modelle entwickelt, nachdem zunächst eine inhaltliche Interpretation der Zusammenhänge von den drei Gruppen von Kovariablen ausgehend vorgenommen wurde.

### 3.3.7. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

Bis jetzt haben wir immer Korrelationen innerhalb der Gesamtstichprobe dargestellt, bzw. in den Unterstichproben, die die einzelnen Fragebögen erhielten. Zur Feststellung von kurvilinearen Beziehungen und von Korrelationen mit Heteroscedasizität wurden die Vpn außerdem in "Alkoholiker", "Problemtrinker" und "Normaltrinker" unterteilt.

#### 3.3.7.1. Definition der Gruppen

Von den insgesamt 1512 Vpn rekrutierten sich 1308 aus der allgemeinen Bevölkerung (einschließlich Extremgruppen) und 204 aus Personen, die sich zur Zeit der Untersuchung wegen Alkoholismus in Behandlung befanden. Letztere bildeten die Gruppe "Alkoholiker", wobei wir diejenigen Personen aus der allgemeinen Bevölkerung hinzuzählten, die die Frage, ob bereits eine Alkoholentziehungskur absolviert wurde, positiv beantwortet hatten. Die Gruppe "Alkoholiker" ist also an einem klaren Außenkriterium definiert. Von allen diesen Vpn steht fest, daß sie von Spezialisten auf diesem Gebiet die Diagnose "Alkoholismus" erhalten hatten. Die so definierten "Alkoholiker" umfaßten eine Gruppe von N = 210

Personen. Um zu einer etwa gleichgroßen Gruppe von "Problemtrinkern", d.h. Personen mit Trinkproblemen aus der Normalbevölkerung, zu gelangen, wählten wir aus den Stichproben aus der allgemeinen Bevölkerung diejenigen aus, die einen Wert von über .65 auf mindestens einem der Trinkproblemfaktoren aufwiesen. Das ergab  $N = 224$  Problemtrinker, d.h. etwa 15% der Personen der allgemeinen Bevölkerung. Es handelt sich also bei den Problemtrinkern um diejenigen Versuchspersonen aus der allgemeinen Bevölkerung, die den problematischsten Alkoholkonsum aufweisen. Der hier gewählte Terminus "Problemtrinker" ist keineswegs mit dem Terminus "Konflikttrinker" gleichzusetzen: als "Problemtrinker" bezeichnen wir hier nicht Personen, die aufgrund von Problemen oder Konflikten trinken, sondern solche, die in Verbindung mit ihrem Trinken Probleme haben. Die Gruppe "andere Alkoholkonsumenten" oder kurz "Normaltrinker" umfaßt alle diejenigen Vpn aus der allgemeinen Bevölkerung, die nicht als "Alkoholiker" oder "Problemtrinker" klassifiziert wurden. Es finden sich unter diesen Vpn also auch noch solche, die vereinzelte Trinkprobleme aufweisen, insgesamt jedoch darf ihr Alkoholkonsum als unproblematisch oder wenig problematisch angesehen werden.

Mit den so gebildeten Gruppen wurden in Bezug auf Kriterien, Kontrollvariablen und Kovariablenfaktoren Auszählungen, Varianzanalysen, t-Tests der Mittelwerte, bzw. Chi-Quadrat-Tests (bei nominalen Kontrollvariablen) durchgeführt. Die so ermittelten Unterschiede zwischen den Gruppen werden im folgenden dargestellt.

### 3.3.7.2. Unterschiede in den Kriterien des problematischen Trinkens

Gemäß unseren eingangs formulierten Annahmen dürfen in Bezug auf die Kriterien nur quantitative Unterschiede zwischen den Gruppen vorkommen. Die Mittelwerte müssen jeweils bei der Gruppe der Alkoholiker höher liegen als bei der Gruppe der Problemtrinker und bei dieser wieder höher als bei der Gruppe der Normaltrinker. Wir führen hier zunächst die Trinkprobleme auf, da diese Faktorenscores zur Einteilung der Gruppen verwendet wurden.

#### 3.3.7.2.1. Trinkprobleme

Abbildung 5 zeigt die mittleren Faktorenwerte der Gruppen in Bezug auf die drei Trinkproblemfaktoren, sowie die t-Tests zwischen diesen Werten. Die Werte der drei Gruppen liegen jeweils in der erwarteten Reihenfolge: "Normaltrinker" haben die geringsten Werte, "Alkoholiker" die höchsten. Dabei ist auffallend, daß sich "Alkoholiker" und "Problemtrinker" vor allem in Bezug auf Faktor  $B_1$  "Familiäre Kritik und Selbstkritik" unterscheiden, wobei die Alkoholiker erheblich höhere Werte aufweisen, während die Unterschiede auf den beiden anderen Faktoren erheblich geringer ausfallen.

Der extrem hohe Wert der "Alkoholiker" auf dem Faktor "Familiäre Kritik und Selbstkritik", der hier vor allem auffallend ist, läßt sich wie folgt interpretieren: Bei diesem Faktor handelt es sich um die subjektive Problematisierung des eigenen Alkoholkonsums durch den Betreffenden und/oder seine soziale Umwelt, wobei die Bemerkung eines Kontrollverlustes ein Teil der Problematisierung ist. Eine solche Problematisierung bzw. "Einsicht" in die eigene Problematik führt wahrscheinlich in Verbund mit stän-

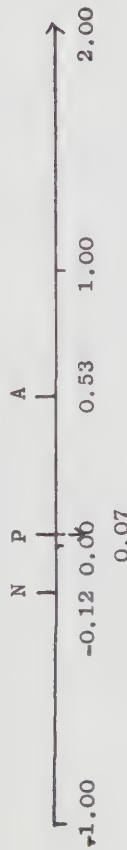
Abbildung 5: Trinkproblemfaktoren: Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

B<sub>I</sub> Familiäre Kritik und Selbstkritik



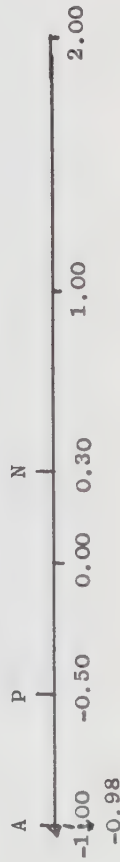
t-Test      Signifikanz  
A vs. P    15.336<sup>xxx</sup>    unter .001

B<sub>II</sub> Berufliche und finanzielle Probleme



A vs. P    2.637<sup>xx</sup>    .009  
A vs. N    9.063<sup>xxx</sup>    unter .001  
P vs. N    5.144<sup>xxx</sup>    unter .001

B<sub>III</sub> Gesundheitliche und soziale Probleme



A vs. P    -2.785<sup>xx</sup>    .006  
A vs. N    -22.198<sup>xxx</sup>    unter .001  
P vs. N    -12.770<sup>xxx</sup>    unter .001

A: "Alkoholiker", P: "Problemtrinker", N: "Normaltrinker"



digem Druck und Drängen seitens der Familienangehörigen zur freiwilligen Behandlungsaufnahme: das Individuum steht dem eigenen Alkoholkonsum so kritisch gegenüber, hat sich selbst bei den Versuchen der Verhaltenssteuerung also hilflos erlebt, daß es entschlossen ist, etwas dagegen zu unternehmen bzw. sich behandeln zu lassen. Auch die Teilnahme an der Untersuchung geht wahrscheinlich wie die Behandlungsaufnahme auf solche Faktoren zurück. Bei den Alkoholikern, die zwangsweise zur Behandlung eingewiesen wurden, war die Kooperationsbereitschaft gering, die meisten verweigerten die Teilnahme. Von den Heilstätten wurden zwar automatisch alle Patienten erfaßt, es halten sich dort aber praktisch nur "Freiwillige" auf. Es kann angenommen werden, daß sich unter den Patienten in Zwangsbehandlung vor allem solche befinden, die eine geringe eigene Problematisierung ihres Trinkens aufweisen, stattdessen aber hohe Werte auf den anderen Faktoren. Außerdem kann bei dem hohen Wert der Alkoholiker auf dem Problematisierungsfaktor natürlich auch an eine Auswirkung bereits stattgefundener Behandlung gedacht werden, z.B. auch die Infiltration mit dem Kontrollverlustkonzept. t-Tests zwischen den Gruppen in Bezug auf die einzelnen Items der Trinkprobleme erbrachte folgendes: Jedes einzelne Item differenziert signifikant zwischen "Alkoholikern", "Problemtrinkern" und "anderen Alkoholkonsumenten", wobei jeweils die Alkoholiker die höchsten Werte aufweisen, die Problemtrinker die mittleren und die anderen Alkoholkonsumenten die niedrigsten. All diese Gruppenunterschiede sind auf dem 0,1%-Niveau signifikant. Ausnahmen bilden lediglich folgende Items, die auf Tabelle 27 dargestellt sind. Wie man sieht, haben die Gruppen in Bezug auf Werte bei diesen Items größtenteils die angenommene Reihenfolge, die Unterschiede sind nur nicht so signifikant wie die übrigen. Eine Ausnahme im Sinne von Kurvilinearität, d.h. im Sinne höherer Werte bei den Problem-

Tabelle 27: Trinkproblem-Items. t-Tests zwischen den Gruppen "Alkoholiker", "Problemtrinker" und "anderen Alkoholkonsumenten"

Ausnahmen zur Beziehung Alkoholiker > Problemtrinker > Normaltrinker <sup>xxx</sup>

|                                                                                             |                      |                      |                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| B36. Man merkt es mir an, wenn ich viel getrunken habe                                      | A > P <sup>xxx</sup> | A > N <sup>xxx</sup> | P > N                |
| B46. Ich habe in angetrunkenem Zustand eine leichte Straftat begangen                       | A > P <sup>xx</sup>  | A > N <sup>xxx</sup> | P > N <sup>xxx</sup> |
| B48. Ich habe eine Alkoholentziehungskurs gemacht                                           | A > P <sup>xxx</sup> | A > N <sup>xxx</sup> | P = N                |
| B53. Ich habe in angetrunkenem Zustand eine schwere Straftat begangen                       | A > P                | A > N <sup>xxx</sup> | P > N <sup>xxx</sup> |
| B65. Ich vertrage mehr Alkohol als die meisten anderen                                      | P > A                | A > N <sup>xxx</sup> | P > N <sup>xxx</sup> |
| B67. Ich habe soviel Geld für Alkohol ausgegeben, daß andere Leute für mich arbeiten mußten | A > P                | A > N <sup>xxx</sup> | P > N <sup>xxx</sup> |
| B69. Ich kann weniger Alkohol als früher vertragen                                          | A > P <sup>xxx</sup> | A > N <sup>xxx</sup> | P > N                |
| B71. Aufgrund des Trinkens habe ich an Gewicht zugenommen                                   | P > A                | A > N <sup>xxx</sup> | P > N <sup>xxx</sup> |
| B73. Ich vertrage weniger Alkohol als die meisten anderen                                   | P > A                | N > A                | P > N                |
| B78. Ich kann mehr Alkohol als früher vertragen                                             | P > A <sup>x</sup>   | A > N <sup>xxx</sup> | P > N <sup>xxx</sup> |

x      Signifikanz unter .05  
 xx     Signifikanz unter .01  
 xxx    Signifikanz unter .001

trinkern als bei den Alkoholikern, weisen lediglich die drei Items auf, die die Toleranzerhöhung und Gewichtszunahme betreffen. Hier haben jeweils die Problemtrinker die höchsten Werte, wobei die Unterschiede aber nicht signifikant sind.

Eine hier nicht wiedergegebene Aufstellung der prozentualen Anteile von Personen in den drei Gruppen, die das jeweilige Problem angegeben hatten, ergab ebenfalls bis auf wenige Ausnahmen die erwartete Häufigkeitsrangfolge zwischen den Gruppen: kein Problem tritt bei allen Alkoholikern auf, aber jeweils ein größerer Prozentsatz von Alkoholikern als von Problemtrinkern oder Normaltrinkern gibt an, das Problem schon gehabt zu haben. Ebenso gibt es kein Problem, das nicht außer bei den Alkoholikern auch bei den Problemtrinkern auftauchen würde, nur der Prozentsatz der Personen, die es angeben, ist jeweils geringer, aber höher als es bei den verbleibenden "Normaltrinkern" der Fall ist.

Eine Ausnahme bilden wiederum die Items zur Toleranzerhöhung und -senkung (36, 65, 73 und 78). Eine Toleranzsenkung im Laufe der Jahre wird in allen Gruppen von etwa je einem Drittel der Vpn behauptet, es bestehen kaum Unterschiede. Eine Toleranzsteigerung wird aber vor allem von den Problemtrinkern behauptet. Ebenso geben Problemtrinker häufiger als Alkoholiker und als "andere Alkoholkonsumenten" eine Gewichtszunahme aufgrund von Alkohol an (Item 71). Alkoholiker geben dagegen häufiger eine Gewichtsabnahme aufgrund des Alkoholkonsums an (Item 77). Besonders große Unterschiede in der Häufigkeit zwischen Alkoholikern und Problemtrinkern bestehen bei den Items, die Behandlung des Trinkens betreffen (Vorsatz oder Durchführung, Items 51 und 54). Letzteres ist aus dem weiter oben vermuteten Zusammenhang zwischen subjektiver Problematisierung des Trinkens und Behandlungsaufnahme verständlich, ebenso wie aus der Vorgeschichte von klinischen Al-

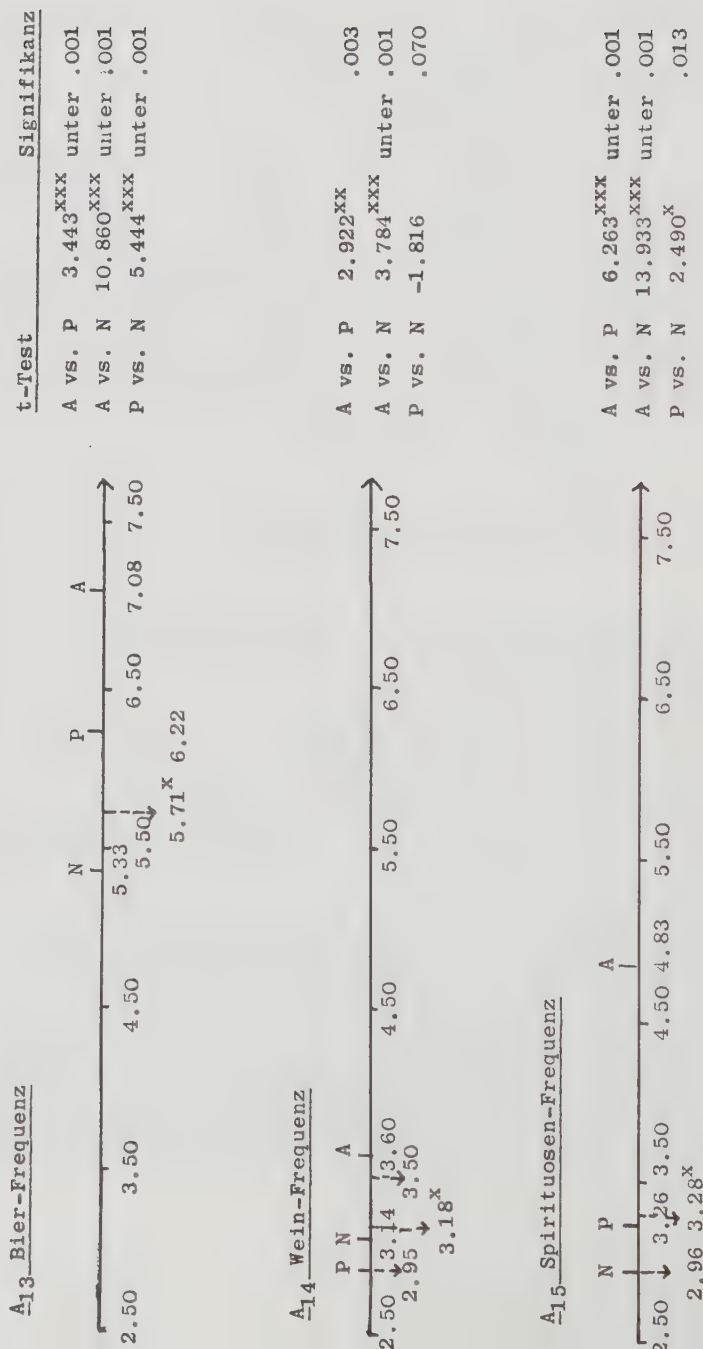
koholismuspatienten, die meist eine Reihe von ambulanten Behandlungen bzw. Weiterüberweisungen hinter sich haben. Fragen zur Toleranzsteigerung sind wahrscheinlich - jedenfalls für diesen subjektiven Beurteilungsweg - zur Feststellung der Alkoholproblematik ungeeignet: auch ein großer Anteil von "Normalen" berichtet eine Toleranzsenkung, was bislang als Symptom galt, das erst in der Spätphase des Alkoholismus auftritt. Wahrscheinlich ist diese Variable nicht so sehr von der Fortgeschrittenheit des Alkoholismus abhängig sondern in erster Linie vom Alter. Ab einem gewissen Alter scheinen sehr viele Leute zu meinen, daß sie früher mehr vertragen hätten. Sei es, weil man physiologisch in jungen Jahren mehr verträgt, sei es, weil es in der Erinnerung so aussieht.

#### 3.3.7.2.2. Höhe des Alkoholkonsums

Die Abbildungen 6, 7 und 8 zeigen die mittleren Werte der drei Gruppen ("Alkoholiker", "Problemtrinker" und "andere Alkoholkonsumenten") bei den Frequenz- und Quantitätsscores, sowie die Ergebnisse der t-Tests zwischen den Werten. Wie man sieht, befinden sich auch hier die Werte der Gruppen in der erwarteten Reihenfolge: Alkoholiker trinken insgesamt häufiger und häufiger größere Mengen auf einmal als Problemtrinker und diese wieder häufiger und häufiger größere Mengen als die verbleibenden "Normaltrinker".

Dabei sind die Unterschiede zwischen den Gruppen größer in Bezug auf die Quantität als auf die Frequenz. Hinsichtlich der Frequenz unterscheiden sich Normaltrinker und Problemtrinker bei Wein und Spirituosen nicht in signifikantem Ausmaß voneinander, lediglich die Alkoholiker heben sich auch hier deutlich von den beiden anderen Gruppen ab. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei der Quantität:

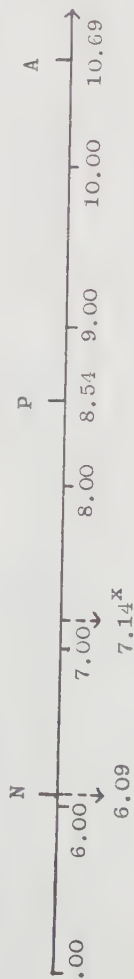
Abbildung 6: Trinkfrequenz: Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten



x Mittelwerte

Abbildung 7: Trinkquantität: Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

### A<sub>31</sub> Bier-Quantität

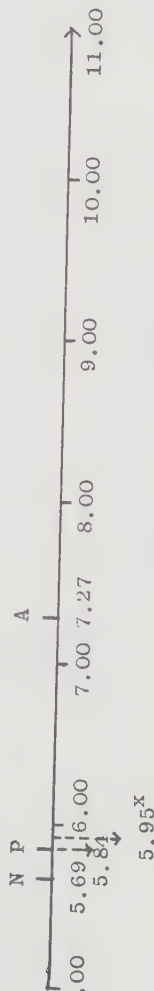


t-Test

Signifikanz

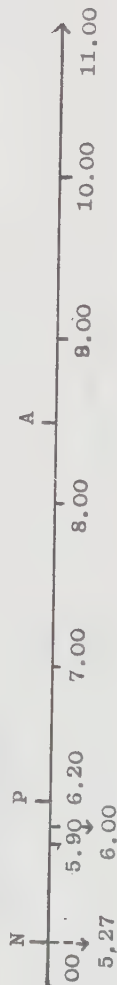
A vs. P 4.470<sup>xxx</sup> unter .001  
A vs. N 19.437<sup>xxx</sup> unter .001  
P vs. N 10.954<sup>xxx</sup> unter .001

### A<sub>32</sub> Wein-Quantität



A vs. P 4.264<sup>xxx</sup> unter .001  
A vs. N 8.700<sup>xxx</sup> unter .001  
P vs. N 0.975 .329

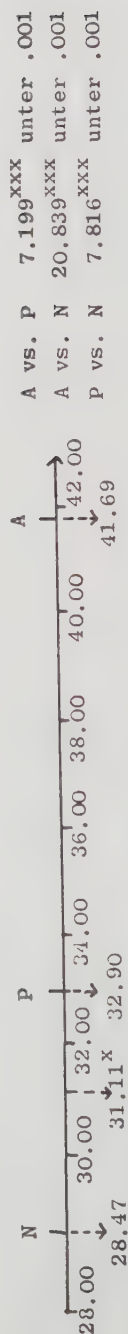
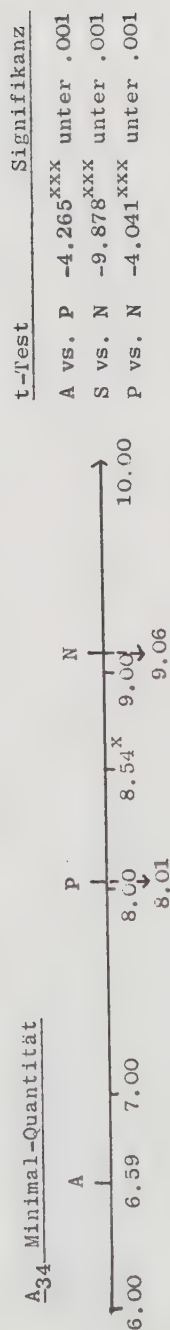
### A<sub>33</sub> Spirituosen-Quantität



A vs. P 5.940<sup>xxx</sup> unter .001  
A vs. N 17.010<sup>xxx</sup> unter .001  
P vs. N 5.585<sup>xxx</sup> unter .001



Abbildung 8: Minimal-Quantität und Gesamtrinkscore: Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten



die größten Unterschiede zeigen alle drei Gruppen in Bezug auf Bier. In Bezug auf Weinquantitäten unterscheiden sich Normaltrinker kaum von Problemtrinkern, während Alkoholiker auch hier deutlich höhere Werte zeigen. Ebenso ist in Bezug auf die Spirituosen-Quantität der Unterschied zwischen den Gruppen "Normaltrinker" und "Problemtrinker" geringer als der zwischen "Alkoholikern" und "Problemtrinkern".

Natürlich werden auch minimale Quantitäten von den "Alkoholikern" seltener getrunken als von "Problemtrinkern" und von diesen wieder seltener als von den Normaltrinkern. Ebenso klar sind die Unterschiede beim Gesamttrinkscore. Es hat den Anschein, als würden die Problemtrinker in Bezug auf Frequenz und Quantität der einzelnen Getränke noch insgesamt normangepaßter trinken. Während die Alkoholiker anscheinend einfach von allem mehr und häufiger trinken, eventuell kaum noch über getränkesspezifische Normen oder persönliche Präferenzen verfügen, läßt sich bei den Problemtrinkern eher eine Tendenz beobachten, sich den normalen Getränkepräferenzen angepaßt zu verhalten bzw. den Unterschied zwischen den Getränken noch zu übertreiben. Sie scheinen vor allem das Getränk noch mehr und noch häufiger zu trinken, das auch von der Allgemeinheit in den größten Quantitäten und am häufigsten getrunken wird, während sie bei den anderen Getränken, die auch von der Allgemeinheit in bedeutend geringeren Quantitäten und Frequenzen konsumiert werden, kaum abweichen.

Die stärkere Problematisierung läßt sich dann bei den Alkoholikern eventuell auch auf ihre stärkere Normabweichung auch in dieser Hinsicht zurückführen.

### 3.3.7.3. Unterschiede in den demographischen Merkmalen (Kontrollvariablen)

Bei der Interpretation dieser Unterschiede zwischen den drei Gruppen ist folgendes zu bedenken:

Unterschiede zwischen den Gruppen "Alkoholiker", "Problemtrinker" und verbleibende "Normaltrinker" können mindestens auf die folgenden verschiedenen Zusammenhänge oder Kombinationen davon zurückgeführt werden:

1. Es kann sich um Stichprobenfehler handeln, die mit der Gruppenzugehörigkeit in keiner kausalen Beziehung stehen.
2. Es ist möglich, daß die Merkmale - mehr oder weniger mittelbar - in Beziehung zu den Kriterien stehen.
3. Unterschiede können durch die Selektivität bestimmter Institutionen für bestimmte Personengruppen entstehen.
4. Unterschiede können durch Beantwortungsselektivität zustande gekommen sein (z.B. es wäre möglich, daß bevorzugt Problemtrinker aus einer bestimmten Schicht antworten).

Wir werden jedenfalls bei denjenigen Kontrollvariablen noch am ehesten annehmen, daß sie speziell etwas mit den Trinkproblemerkriterien und nicht mit den anderen eben aufgeführten Faktoren zu tun haben, bei denen sich Unterschiede zwischen "Problemtrinkern" und verbliebenen "Normaltrinkern" zeigen, da diese beiden Gruppen aus der gleichen Grundgesamtheit kommen.

Wie man aus den Abbildungen 9, 10 und 11 ersehen kann, bestehen solche Unterschiede in signifikantem Ausmaß bei den Variablen: Alter, Geschlecht, Familienstand, Personen des Zusammenlebens, Subjektive Schichtzugehörigkeit und Nettoeinkommen. Personen mit Trinkproblemen aus der Allgemeinen Bevölkerung sind im Durchschnitt etwas älter, häufiger männlichen Geschlechts, häufiger ledig oder geschieden sowie alleinlebend oder bei nicht zur Familie ge-

Abbildung 9: Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht und Ortsgröße in der Jugendzeit;  
Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

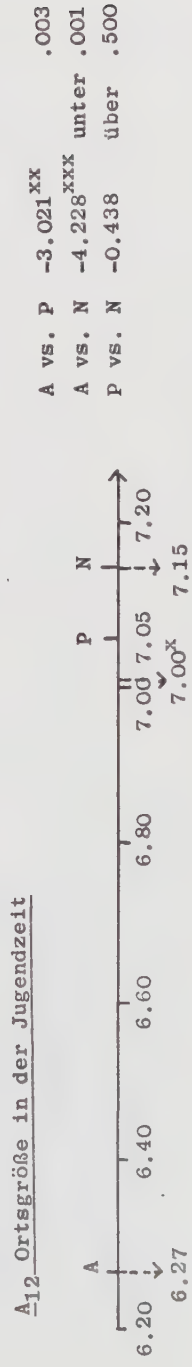
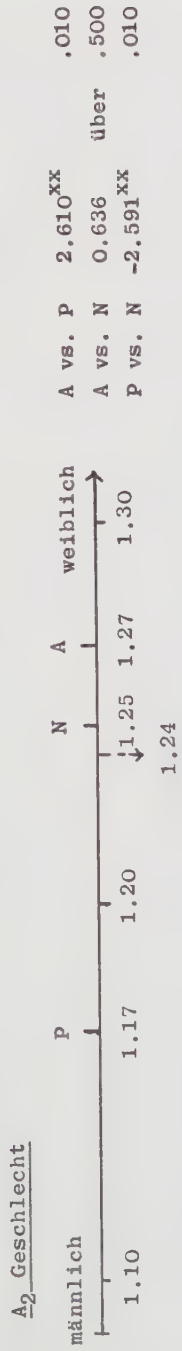
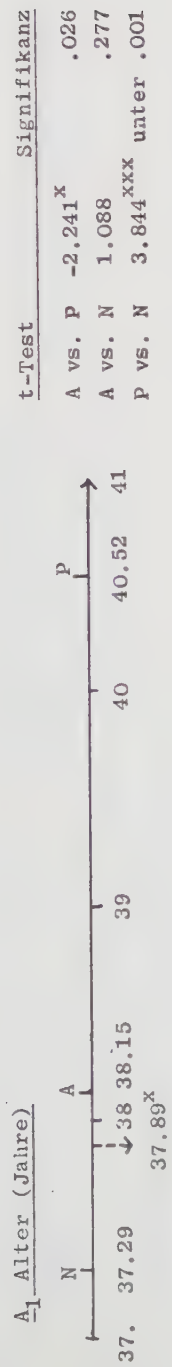


Abbildung 10: Kontrollvariablen: Familiäre Verhältnisse. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

A<sub>5</sub> Familienstand Häufigkeiten (%)

|                | ledig | verheiratet | geschieden | verwitwet | getrennt |
|----------------|-------|-------------|------------|-----------|----------|
| Gesamt         | 28.11 | 63.43       | 6.68       | 0.99      | 0.79     |
| Alkoholiker    | 29.39 | 48.68       | 18.42      | 2.19      | 1.32     |
| Problemtrinker | 34.25 | 53.88       | 10.05      | 0.46      | 1.37     |
| Normaltrinker  | 26.57 | 68.54       | 3.47       | 0.85      | 0.56     |

$\chi^2 = 93.057^{xxx}$

Signifikanz unter .001 mit DF = 8

A<sub>6</sub> Anzahl der Kinder



| t-Test  | Signifikanz                     |
|---------|---------------------------------|
| A vs. P | 3.294 <sup>xx</sup> .002        |
| A vs. N | 4.872 <sup>xxx</sup> unter .001 |
| P vs. N | 0.223 über .500                 |

A<sub>7</sub> Personen des Zusammenlebens (Häufigkeiten (%))

|                | alleine | Frau u/o Kind | Eltern | Verwandte | andere Leute |
|----------------|---------|---------------|--------|-----------|--------------|
| Gesamt         | 18.29   | 64.37         | 10.01  | 0.86      | 6.49         |
| Alkoholiker    | 25.11   | 49.78         | 14.54  | 0.88      | 9.69         |
| Problemtrinker | 26.48   | 52.51         | 9.59   | 0.91      | 10.50        |
| Normaltrinker  | 11.15   | 69.90         | 9.13   | 0.85      | 4.99         |

$\chi^2 = 55.142^{xxx}$

Signifikanz unter .001 mit DF = 8

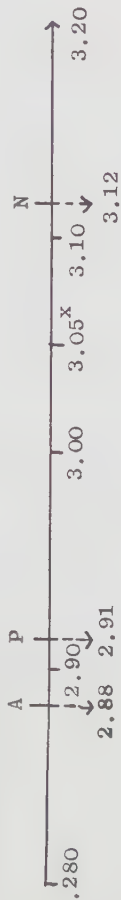
Abbildung 11: Kontrollvariablen: sozioökonomischer Status. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

A<sub>8</sub> Subjektive Schichtzugehörigkeit



| t-Test  | Signifikanz                     |
|---------|---------------------------------|
| A vs. P | 0.598 über .500                 |
| A vs. N | 4.638 <sup>xxx</sup> unter .001 |
| P vs. N | 3.740 <sup>xxx</sup> unter .001 |

A<sub>9</sub> Schulabschluß



|         |                          |
|---------|--------------------------|
| A vs. P | -0.259 über .500         |
| A vs. N | -2.492 <sup>x</sup> .013 |
| P vs. N | -2.161 <sup>x</sup> .031 |

A<sub>10</sub> Nettoeinkommen



|         |                                   |
|---------|-----------------------------------|
| A vs. P | -4.707 <sup>xxx</sup> unter .001  |
| A vs. N | -11.721 <sup>xxx</sup> unter .001 |
| P vs. N | -4.283 <sup>xxx</sup> unter .001  |

A<sub>11</sub> Qualifikation der Tätigkeit



|         |                          |
|---------|--------------------------|
| A vs. P | -0.377 über .500         |
| A vs. N | -2.341 <sup>x</sup> .020 |
| P vs. N | -1.751 .080              |



hörigen Personen als Personen ohne Trinkprobleme. Sie rechnen sich häufiger der Arbeiterschicht zu, und haben im Durchschnitt ein geringeres Einkommen. Wir werden unsere Aussage von oben dahingehend modifizieren, daß zumindest bei den eben aufgezählten Variablen sehr wohl ein Zusammenhang zwischen demographischen Merkmalen und den Trinkproblemen besteht, wobei sichtbar wird, daß die Korrelationen zum Teil durch die Korvilinearität der Häufigkeiten in den Itemkategorien bzw. die Nominalität der Itemskalen verzerrt sind. Das erhöhte Vorkommen von Problemtrinkern bei den oben erwähnten demographischen Merkmalen entspricht den in der Literatur häufig erwähnten Trends. Wie wir bereits gesehen haben, entspricht dem bei den meisten dieser Merkmale auch einerseits ein erhöhter Alkoholkonsum (vor allem von Bier), andererseits bestimmte Trinkbegleitumstände, die mit Problematisierungen verbunden sind. Nur bei den Variablen "Familienstand" und "Personen des Zusammenlebens" können wir solche Aussagen kaum machen, da ihre Korrelationen mit Konsum den Kriterien und Kovariablen-Faktoren wegen der Nominalität ja praktisch nicht interpretierbar sind. Es ist möglich, daß es sich hier bereits um Auswirkungen der familiären Trinkprobleme handelt: das Individuum also im Prozeß der sozialen Distanzierung zuerst aus dem Familienverband, also der intimsten Bezugsgruppe, ausgestoßen wird, was zu den oben referierten Ergebnissen von WIESER (1973) passen würde.

Bei einigen Variablen weicht die Alkoholikergruppe deutlich von den beiden übrigen Gruppen ab, ohne daß diese sich voneinander stark unterscheiden. In diesem Sinne spezifisch für die Gruppe der Alkoholiker sind:

1. häufigeres Vorkommen einer größeren Anzahl von Kindern (wobei das Trinken von Alkohol wahrscheinlich zu verstärkten familiären Problemen bzw. Appellen an die Verantwort-

lichkeit und zu rascher Klinikeinweisung führt) und  
2. häufiger eine geringere Einwohnerzahl des Herkunfts-  
ortes.

Letzteres ist wahrscheinlich eine Stichprobenverzerrung,  
da unsere Vpn aus der Allgemeinen Bevölkerung fast aus-  
schließlich aus München stammen, während das Einzugsge-  
biet der Kliniken und Heilstätten Orte jeder Größe um-  
faßt.

#### 3.3.7.4. Unterschiede in den Kovariablenfaktoren

Die Gruppen "Alkoholiker", "Problemtrinker" und verblei-  
bende "Normaltrinker" wurden hinsichtlich ihrer Werte bei  
allen Kovariablenfaktoren mittels Varianzanalysen und  
t-Tests der Mittelwerte verglichen.

Die mittleren Faktorenwerte der Gruppen auf den einzelnen  
Faktoren der unmittelbaren Kovariablen und die Ergebnisse  
der t-Tests sind auf den Abbildungen 12 bis 16 dargestellt.  
Da das Einteilungskriterium für die Gruppen - jedenfalls  
in der Allgemeinen Bevölkerung - die Höhe der Trinkproble-  
me war, und wobei wie erwartet, die Alkoholiker noch höhe-  
re Trinkproblemwerte als die Problemtrinker aufweisen,  
werden wir erwarten, daß sich die Gruppen in Bezug auf  
ihre Mittelwerte bei den Kovariablenfaktoren wie folgt  
verhalten:

Sofern keine nicht-monotonen Beziehungen vorliegen (die  
hier sichtbar werden) unterscheiden sie praktisch nicht  
bei den oben als irrelevant aufgeführten Kovariablen und  
ebenfalls nicht bei denjenigen Trinkbegleitumständen, bei  
denen Alkoholkonsum unproblematisch ist.

Bei denjenigen Kovariablen jedoch, die mit einem problema-  
tischen Alkoholkonsum verbunden sind, wird erwartet, daß  
die Werte der Problemtrinker jeweils höher liegen als die  
der Normaltrinker, und die der Alkoholiker wiederum höher

als die der Problemtrinker. Die Betrachtung der Tabellen und t-Tests ergibt im wesentlichen eine Bestätigung dieser Erwartungen. Sie förderte allerdings bei einigen der als irrelevant gehaltenen Kovariablen nicht-monotone Abfolgen zutage, und zwar derart, daß die Problemtrinker (und nicht die Alkoholiker) die höchsten Werte haben, wodurch die Korrelation verschleiert wird. Außerdem wird bei einigen Kovariablenfaktoren deutlich, daß hier die Alkoholiker extrem hohe Werte aufweisen. Die erste Art der eben genannten Kovariablen werden wir für spezifische Verhaltenscharakteristika der Problemtrinker halten, die zweite Art für spezifische Charakteristika der Alkoholiker.

An solchen spezifischen Charakteristika finden sich für die Problemtrinker:

- die soziale Alkoholdefinition  $C_I$  "Alkohol als Kontaktförderungs-mittel", wobei die Alkoholiker einen Wert sogar leicht unter dem der normalen aufweisen, die Problemtrinker aber einen erheblich höheren;
- der Trinkgrund  $D1_{II}$  "Genuß und Aufforderung", der die unmittelbar positiven Qualitäten des Alkohols enthält. Auch hier haben die Alkoholiker Werte leicht unter denen der Normaltrinker, während die der Problemtrinker erheblich über denen der Normaltrinker liegen;
- die akute Alkoholwirkung  $H2_{VI}$  "Dämpfung". Bei diesem Faktor haben die Alkoholiker zwar höhere Werte als die Normalen und zwar in Richtung Aktivierung, die Problemtrinker haben aber noch erheblich höhere Werte.

Andererseits zeigen die Alkoholiker folgende spezifische Charakteristika, in dem Sinne, daß sie bei diesen Kovariablenfaktoren besonders hohe Werte aufweisen:

- den Einstellungsfaktor  $C_{III}$  "restriktive Normen"
- den Einstellungsfaktor  $C_{IV}$  "soziale Distanzierung von Alkoholikern"

- den Trinkstil E<sub>I</sub> "situative und zeitliche Trinkexzesse"
- den Trinkstil E<sub>III</sub> "außerfamiliäres soziales Trinken"

Betrachtet man Problemtrinker und Alkoholiker als Entwicklungsphasen eines Phänomens, wobei Problemtrinker die frühere Stufe darstellen, so kann man feststellen, daß anscheinend zu Beginn des problematischen Alkoholkonsums außer den oben bei den Alkoholismus-Modellen beschriebenen Faktoren, die positiven Werte des Alkoholtrinkens sehr im Vordergrund stehen. Als verstärkend wirkt hier soziale Kontaktstiftung bzw. eine angenehme soziale Umgebung, die auch ihrerseits zum Trinken animiert, das Trinken belohnt, sowie die unmittelbar positiven Alkoholeigenschaften wie Geschmack, Wärmeerzeugung etc. und ein subjektives Empfinden der Aktivierung. Das ganze Erleben in Zusammenhang mit Alkohol scheint positiv getönt.

Die Verhaltenscharakteristika des Alkoholikers können wir dagegen wie folgt verstehen: Die Normen werden wahrscheinlich nicht nur als Reaktion auf den eigenen steigenden Alkoholkonsum und die zunehmende Problematisierung noch restriktiver, sondern auch durch die Prozedur der Hospitalisierung und der Behandlungsaufnahme. Das dort überall vertretene Therapieziel der Abstinenz ist ja eine restriktive Alkoholnorm par excellence. Wahrscheinlich sind hier auch die Bemühungen des Alkoholikers unter diesen Umständen sichtbar, sich ganz vom Alkohol zu lösen.

Daß gerade bei den Alkoholikern die negative Seite des Faktors "Soziale Distanzierung von Alkoholikern" so ausgeprägt ist, bestätigt die frühere Annahme, daß es sich dabei um Reaktionen von Individuen handelt, die selbst von dem Prozeß der moralischen Abqualifizierung und des sozialen Ausschlusses bedroht sind, die sich gegen den Labelingprozeß wehren. Alkoholiker, die als solche erst kürzlich diagnostiziert wurden, und zumindest vorübergehend gerade von der

übrigen Gesellschaft abgeschlossen leben, nämlich in Heilstätten oder Kliniken, sind von diesem Prozeß natürlich in besonderem Maße bedroht, bzw. unterliegen ihm bereits.

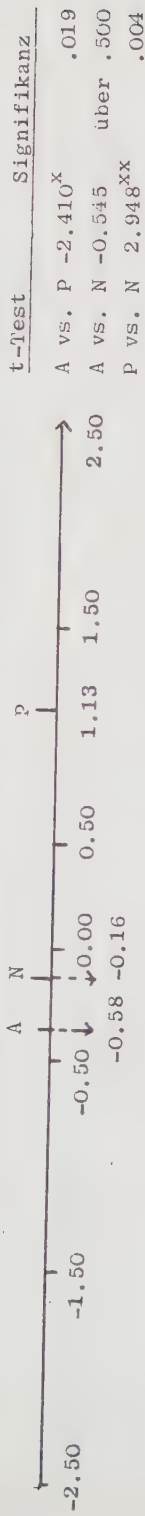
Daß der Faktor "situative und zeitliche Trinkexzesse" bei den Alkoholikern ganz besonders stark ausgeprägt ist, war bereits von der Wahllosigkeit bei der Getränkewahl her zu erwarten. Wir hatten bereits oben gesehen, daß gerade solche Normüberschreitungen eine massive Problematisierung erfahren.

Daß der Trinkstil "Außerfamiliäres soziales Trinken" anscheinend nur bei den Alkoholikern gehäuft auftritt, läßt darauf schließen, daß es sich beim Anschluß an Trinkgruppen, wie oben bereits vermutet, doch um eine sekundäre Reaktion handelt, die erst im Anschluß an die anderweitige soziale Diskriminierung auftritt.

Das weiter oben dargestellte Zirkelmodell für problematischen Alkoholkonsum scheint also vor allem für spätere Stadien mit bereits massiveren Problemen zu gelten, während im frühen Stadium die positiven Aspekte des Alkoholtrinkens eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen scheinen. Zu diesen Aspekten gehört auch die sogenannte "soziale Alkoholdefinition", die bis jetzt von vielen Autoren als unproblematisch hingestellt wurde. Wir können aber feststellen, daß sie im Prozeß der Habituation an Alkohol wahrscheinlich eine nicht unerhebliche Rolle spielt, und erst später zugunsten persönlicher Motivationen wieder zurücktritt. Eventuell handelt es sich bei all den positiven Qualitäten, die die Problemtrinker in ihrem Alkoholkonsum sehen, auch um Rationalisierungen des erhöhten Konsums, die in späteren Stadien, wo die negativen Konsequenzen des Trinkens massiv in Erscheinung treten, nicht mehr möglich sind.

Abbildung 12: Einstellungen und Normen gegenüber Alkoholkonsum, Alkoholikern und Abstinenzlern.  
Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

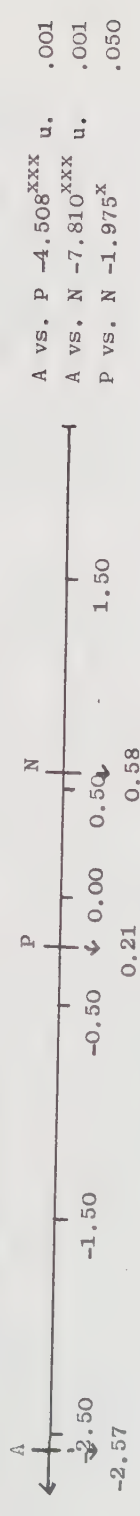
Faktor C<sub>I</sub> Alkohol als Kontaktförderungsmittel



Faktor C<sub>II</sub> Therapieempfehlung bei Gefährdung anderer



Faktor C<sub>III</sub> Restriktive Normen



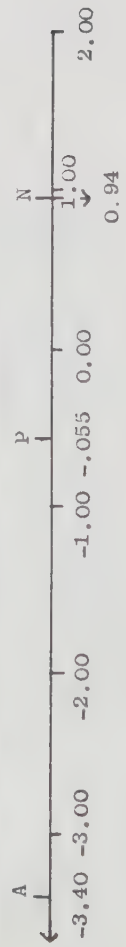
Faktor C<sub>IV</sub> Soziale Distanzierung von Alkoholikern





Abbildung 13: Trinkmotivation. D<sub>1</sub>: Steigerung des Alkoholkonsums. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

Faktor D<sub>1</sub>I Reaktion auf Kritik und Verstimmung



| t-Test  | Signifikanz                       |
|---------|-----------------------------------|
| A vs. P | -4.427 <sup>xxx</sup> unter .001  |
| A vs. N | -14.747 <sup>xxx</sup> unter .001 |
| P vs. N | -4.708 <sup>xxx</sup> unter .001  |

Faktor D<sub>1</sub>II Genuß und Aufforderung



|         |                           |
|---------|---------------------------|
| A vs. P | 3.369 <sup>xx</sup> .002  |
| A vs. N | 1.823 .070                |
| P vs. N | -2.788 <sup>xx</sup> .006 |

Faktor D<sub>1</sub>III Überwindung von sozialer Unsicherheit

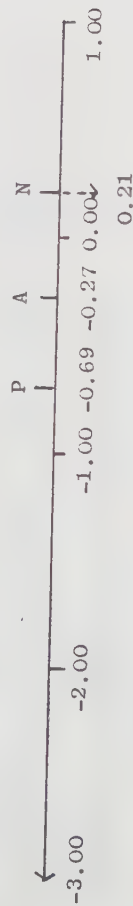


|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| A vs. P | 2.465 <sup>x</sup> .016         |
| A vs. N | 4.938 <sup>xxx</sup> unter .001 |
| P vs. N | 1.151 .251                      |

Abbildung 14:

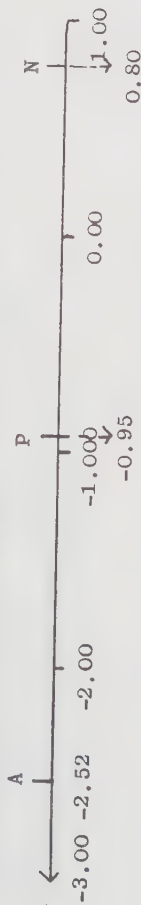
Trinkmotivation. D<sub>2</sub>: Einschränkung des Alkoholkonsums. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

Faktor D<sub>2I</sub> Leistungsanforderung



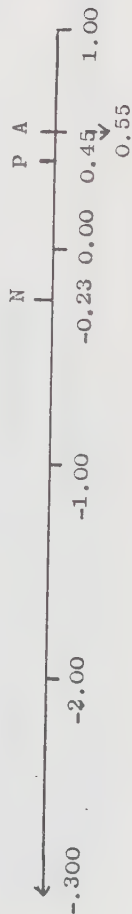
| t-Test  | Signifikanz |
|---------|-------------|
| A vs. P | 0.882       |
| A vs. N | -1.072      |
| P vs. N | -1.833      |
|         | .414        |
|         | .286        |
|         | .069        |

Faktor D<sub>2II</sub> Angst vor Blamage



|         |                       |            |
|---------|-----------------------|------------|
| A vs. P | -2.745 <sup>xx</sup>  | .008       |
| A vs. N | -8.738 <sup>xxx</sup> | unter .001 |
| P vs. N | -4.133 <sup>xxx</sup> | unter .001 |

Faktor D<sub>2III</sub> Gesundheitliche Gründe



|         |       |           |
|---------|-------|-----------|
| A vs. P | 0.163 | über .500 |
| A vs. N | 1.631 | .105      |
| P vs. N | 1.374 | .171      |

Abbildung 15: Trinkmuster und -umstände. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

Faktor E<sub>I</sub> Situative und zeitliche Trinkexzesse



Faktor E<sub>II</sub> Kultivierung und Planung



Faktor E<sub>III</sub> Außerfamiliäres, soziales Trinken



Faktor E<sub>IV</sub> Minimales Gelegenheitstrinken



t-Test      Signifikanz

A vs. P -6.262<sup>xxx</sup> unter .001  
A vs. N -17.755<sup>xxx</sup> unter .001  
P vs. N -5.064<sup>xxx</sup> unter .001

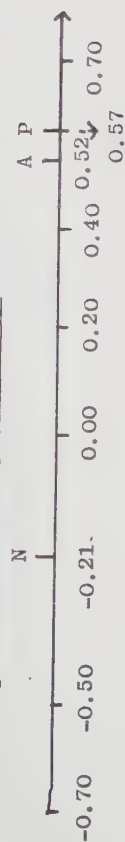
A vs. P 0.312 über .500  
A vs. N 3.214<sup>xx</sup> .002  
P vs. N 2.596 .011

A vs. P 1.009 .316  
A vs. N 1.678 .095  
P vs. N 0.017 über .500

A vs. P 0.367 über .500  
A vs. N 0.674 über .500  
P vs. N 0.127 über .500

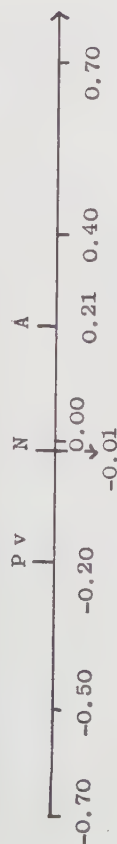
Abbildung 16: Akute Alkoholwirkung. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten

Faktor  $H_{2I}$  Depression bei viel Alkohol



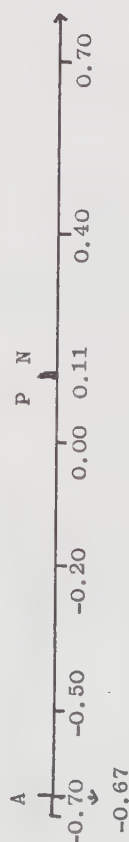
| t-Test  | Signifikanz |
|---------|-------------|
| A vs. P | 0.071 über  |
| A vs. N | 1.412       |
| P vs. N | 1.487       |
|         | .500        |
|         | .160        |
|         | .139        |

Faktor  $H_{2II}$  Depression bei wenig Alkohol



|         |             |      |
|---------|-------------|------|
| A vs. P | 0.526 über  | .500 |
| A vs. N | 0.447 über  | .500 |
| P vs. N | -0.356 über | .500 |

Faktor  $H_{2III}$  Selbstsicherheit bei wenig Alkohol

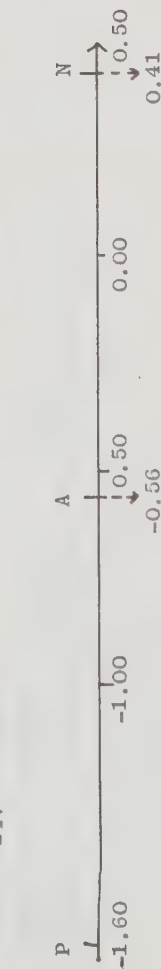


|         |             |      |
|---------|-------------|------|
| A vs. P | -0.877      | .384 |
| A vs. N | -1.624      | .106 |
| P vs. N | -0.004 über | .500 |

Fortsetzung s. nächstes Blatt

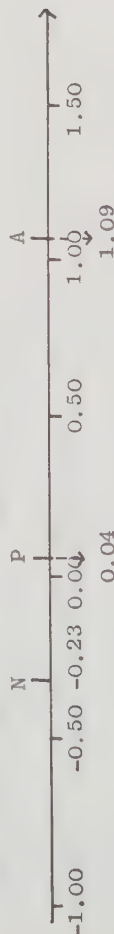
Fortsetzung Abbildung 16: Akute Alkoholwirkung. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problem-trinkern und anderen Alkoholkonsumenten

Faktor H<sub>2IV</sub> Dämpfung



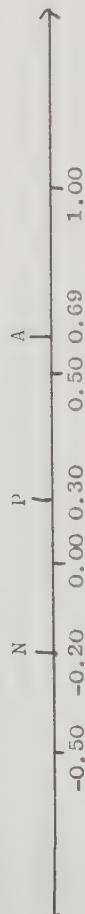
| t-Test  |                       |         |
|---------|-----------------------|---------|
| A vs. P | 1.239                 | .220    |
| A vs. N | -1.893                | .060    |
| P vs. N | -3.809 <sup>xxx</sup> | .001 u. |

Faktor H<sub>2V</sub> Aggressive Gereiztheit



|         |                    |           |
|---------|--------------------|-----------|
| A vs. P | 1.131              | .263      |
| A vs. N | 2.557 <sup>x</sup> | .012      |
| P vs. N | 0.513              | über .500 |

Faktor H<sub>2VI</sub> Selbstsicherheit bei viel Alkohol



|         |       |           |
|---------|-------|-----------|
| A vs. P | 0.451 | über .500 |
| A vs. N | 1.715 | .088      |
| P vs. N | 0.925 | .357      |

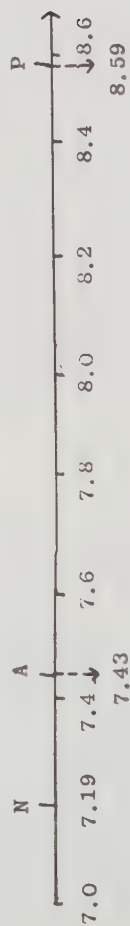
### 3.3.7.5. Unterschiede im "Lügenwert"

Wie anfangs erwähnt, hatten wir in einem der Kriterienbögen (also von allen Vpn) auch sogenannte "Lügenitems" mitbeantworten lassen. Wir bildeten additiv aus allen positiv beantworteten Lügenitems einen "Lügenscore", von dem wir wie bei den übrigen Variablen und Faktoren Mittelwerte, Varianzanalysen und t-Tests errechneten. Abbildung 17 zeigt das Ergebnis hiervon. Man sieht, daß sich alle Gruppen signifikant voneinander unterscheiden, wobei die Problemtrinker ganz extrem hohe "Lügenwerte" haben. Da die von uns verwendeten Lügenitems eher in Richtung "strammer Haltung" und moralischer Integrität gehen, kann das Ergebnis ein Ausdruck davon sein, daß Problemtrinker sich von der Stigmatisierung durch das "Stereotyp des Haltlosen und Willensschwachen" bedroht fühlen und daher eine Selbstdarstellung abgeben, die diesen Stereotyp völlig konträr ist. Dagegen könnten sich die Alkoholiker schon mehr mit der Rolle des "Alkoholikers" identifiziert haben.

Jedenfalls kann man wahrscheinlich annehmen, daß unsere Problemtrinker auch bei den Kriterienfragen eher untertrieben haben werden, da bei diesen Fragen geringere Angaben eher in Richtung sozialer Erwünschtheit gehen, was ja auch für ein positives Beantworten der "Lügenitems" gilt.



Abbildung 17: "Lügenscore". Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten



| t-Test  | Signifikanz                       |
|---------|-----------------------------------|
| A vs. P | -10.167 <sup>xxx</sup> unter .001 |
| A vs. N | 3.518 <sup>xxx</sup> unter .001   |
| P vs. N | 19.288 <sup>xxx</sup> unter .001  |

### 3.3.7.6. Zusammenfassung

Die Vpn der Gesamtstichprobe wurden in folgende Gruppen unterteilt:

Alkoholiker (alle Vpn, die sich zur Zeit der Untersuchung wegen Alkoholismus in Behandlung befanden oder die Frage nach der Entziehungskur positiv beantwortet hatten).

Problemtrinker: von den verbleibenden Vpn diejenigen mit den höchsten Werten auf den Trinkproblemfaktoren, etwa 15% der Vpn aus der Allgemeinen Bevölkerung.

Andere Alkoholkonsumenten oder "Normaltrinker": die verbleibenden Vpn aus der Allgemeinen Bevölkerung.

Diese Gruppen wurden anhand ihrer prozentualen Häufigkeiten und Mittelwerte bei den Kontrollvariablen und Kriterienitems, sowie anhand ihrer mittleren Faktorenwerte bei den Trinkproblemen und Kovariablenfaktoren mittels t-Test verglichen. Dabei ergab sich, daß von den Kriterien-Items fast alle signifikant zwischen den Gruppen trennen, sodaß die Kriterienskalen insgesamt sehr gut dazu geeignet sind zwischen "Alkoholikern", alkoholgefährdeten Personen und Normaltrinkern zu diskriminieren. Ebenso unterschieden sich die Gruppen auch in einigen Kontrollvariablen, wobei es sich nicht um einen Stichprobenfehler zu handeln scheint.

Bei den Kovariablen zeigten im wesentlichen die Faktoren signifikant unterschiedliche Werte bei den einzelnen Gruppen, die auch bei den Korrelationen mit den Trinkproblemen höhere Werte gezeigt hatten. Es konnten jedoch zusätzlich einige Faktoren ausfindig gemacht werden, die keine sehr hohen Korrelationen zu den Trinkproblemen aufweisen, trotzdem aber signifikant unterschiedliche Werte zwischen den Gruppen aufweisen. Dabei handelt es sich vor allem um Kovariablen, die positive Werte des Alkoholkonsums betonen

und die als spezifisch für Problemtrinker als früher Form des problematischen Trinkens gesehen werden. Schließlich unterschieden sich die Gruppen bei den "Lügenitems" derart, daß vor allem die Problemtrinker bei diesen Items sehr hohe Werte aufweisen, was als Gegenreaktion zum Stereotyp des "Haltlosen und Willensschwachen" interpretiert wird.

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

|           |                                                                                                                                                                                                                           | Seite |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Abbildung | 1: Theoretische Verteilung des Alkoholverbrauchs in Frankreich (aus POPHAM, 1970)                                                                                                                                         | 55    |
| Tabelle   | 1: Frequenz des Alkoholkonsums in der BRD (nach WIESER, 1973)                                                                                                                                                             | 77    |
| Tabelle   | 2: Jährlicher Konsum pro Trinkendem in Litern absoluten Alkohols, geschätzte Raten von Trinkern mit einer Konsumhöhe von über 15 cl absoluten Alkohols täglich, Leberzirrhose-Todesraten (nach de LINT und SCHMIDT, 1971) | 78    |
| Tabelle   | 3: Geschlechtsspezifische Trinkfrequenz in Bremen (aus WIESER, 1968)                                                                                                                                                      | 141   |
| -----     |                                                                                                                                                                                                                           |       |
| Tabelle   | 4: Aufstellung der Einzelstichproben                                                                                                                                                                                      | 166   |
| Abbildung | 2: Altersverteilung                                                                                                                                                                                                       | 173   |
| Tabelle   | 5: Familiäre Verhältnisse (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)                                                                                                                                         | 174   |
| Tabelle   | 6: Schulabschluß (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)                                                                                                                                                  | 175   |
| Tabelle   | 7: Qualifikation der Tätigkeit (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)                                                                                                                                    | 176   |
| Tabelle   | 8: Nettoeinkommen (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)                                                                                                                                                 | 177   |
| Tabelle   | 9: Subjektive Schichtzugehörigkeit (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)                                                                                                                                | 177   |
| Tabelle   | 10: Ortsgröße in der Jugend (Verteilung der Antworten auf die einzelnen Kategorien)                                                                                                                                       | 178   |
| Tabelle   | 11: Vergleich der Kontrollvariablen mit Angaben aus der Bevölkerungsstatistik (in Prozent)                                                                                                                                | 179   |
| Abbildung | 3: Trinkfrequenzverteilung                                                                                                                                                                                                | 185   |
| Tabelle   | 12: Prozentuale Verteilung der Trinkfrequenzen                                                                                                                                                                            | 186   |
| Tabelle   | 13: Prozentuale Verteilung der Trinkquantitäten                                                                                                                                                                           | 190   |

|           |                                                                                                                         | Seite   |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Tabelle   | 14: Faktorenanalyse der Trinkquantitäten                                                                                | 191     |
| Tabelle   | 15: Häufigste und seltenste Trinkprobleme in der Gesamtstichprobe                                                       | 193/194 |
| Tabelle   | 16: Faktorenanalyse der Trinkprobleme                                                                                   | 198-200 |
| Tabelle   | 17: Korrelationen zwischen Trinkfrequenz, Trinkquantität und Trinkproblemen                                             | 202     |
| Tabelle   | 18: Korrelationen zwischen den Kriterien und den Kontrollvariablen: Geschlecht und Alter                                | 208     |
| Tabelle   | 19: Korrelationen zwischen den Kriterien und den Kontrollvariablen: Familiäre Verhältnisse                              | 211     |
| Tabelle   | 20: Korrelationen zwischen den Kriterien und den Kontrollvariablen: sozioökonomischer Status                            | 212     |
| Tabelle   | 21: Faktorenanalyse der Einstellungen und Normen gegenüber Alkoholkonsum, Alkoholikern und Abstinenzlern (Fragebogen C) | 221-223 |
| Tabelle   | 22: Faktorenanalyse der Trinkmotivationen (Fragebogen D)                                                                | 227-231 |
| Tabelle   | 23: Faktorenanalyse der Trinkmuster und -umstände (Fragebogen E)                                                        | 234-237 |
| Tabelle   | 24: Faktorenanalyse der Akuten Alkoholwirkung (Fragebogen H <sub>2</sub> )                                              | 239-242 |
| Tabelle   | 25: Multiple Korrelationen der intern validierten Kovariablenskalen mit den Kriterien                                   | 247     |
| Tabelle   | 26: Korrelationen der Kovariablenfaktoren mit den Kriterien                                                             | 248-249 |
| Abbildung | 4: Modell des problematischen Alkoholkonsums und seiner unmittelbaren Kovariablen                                       | 266     |
| Abbildung | 5: Trinkproblemfaktoren: Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten             | 273     |
| Tabelle   | 27: Trinkproblem-Items. t-Tests zwischen den Gruppen Alkoholiker, Problemtrinker und andere Alkoholkonsumenten          | 275     |
| Abbildung | 6: Trinkfrequenz: Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten                    | 278     |

|                                                                                                                                                                                    | Seite   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Abbildung 7: Trinkquantität: Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten                                                                    | 279     |
| Abbildung 8: Minimalquantität und Gesamttrinkscore: Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten                                             | 280     |
| Abbildung 9: Kontrollvariablen: Alter, Geschlecht und Ortsgröße in der Jugendzeit. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten              | 283     |
| Abbildung 10: Kontrollvariablen: Familiäre Verhältnisse. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten                                        | 284     |
| Abbildung 11: Kontrollvariablen: Sozioökonomischer Status. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten                                      | 285     |
| Abbildung 12: Einstellungen und Normen gegenüber Alkoholkonsum, Alkoholikern und Abstinenzlern. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten | 291     |
| Abbildung 13: Trinkmotivation D <sub>1</sub> : Steigerung des Alkoholkonsums. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten                   | 292     |
| Abbildung 14: Trinkmotivation D <sub>2</sub> : Einschränkung des Alkoholkonsums. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten                | 293     |
| Abbildung 15: Trinkmuster und -umstände. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten                                                        | 294     |
| Abbildung 16: Akute Alkoholwirkung. Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten                                                             | 295/296 |
| Abbildung 17: "Lügenscore". Unterschiede zwischen Alkoholikern, Problemtrinkern und anderen Alkoholkonsumenten                                                                     | 298     |



Anmerkungen:

1. Auf allen Tabellen und Abbildungen wurden zur Angabe des Signifikanzniveaus folgende Symbole verwendet:  
  
    x signifikant auf dem 5% Niveau  
    xx signifikant auf dem 1% Niveau  
    xxx signifikant auf dem 1/10% Niveau
  
2. Die unterschiedlichen Angaben über die Anzahl der Versuchspersonen beim gleichen Fragebogen kommen dadurch zustande, daß vereinzelt Antworten ausgelassen oder fehlerhaft beantwortet wurden. Diese Fragebögen wurden nicht eliminiert, die Höhe von N liegt dadurch bei einzelnen Items geringfügig niedriger als bei anderen.

L i t e r a t u r

Abu-Laban, Baha, & Larsen, Donald E.  
The qualities and sources of norms and definitions of alcohol.  
Soc. Res., 1968, 53, 34-43

Alexander, C.N. & Barbara Bright.  
Mailed questionnaire returns in a longitudinal study of  
college drinking behaviors  
Res. Prev., 1965, 12, 3, Oct. 16-20

Alexander, Norman C., Jr. & Campbell, Ernest Q.  
Peer influences on adolescent drinking  
Quart. J. of Stud. on Alcohol, 1967, 28, 444-453

Andorka, Rudolf, Bela Buda, Imre Hegudus und Judith G. Kiss  
The influence of social change on the frequency of certain  
forms of deviant behavior  
Budapest, Institute of the Central Statist. Office, 1970

Ando, Haruhiko und Hasegawa, Etsuko.  
Drinking patterns and attitudes of alcoholics and non-  
alcoholics in Japan.  
Quart. J. of Stud. on Alcohol, 1970, 31, 153-161

Anderson, Barbara Gallatin.  
How French children learn to drink  
Trans-Action, 1968, 5, 7, 20-22

Andelković, A., Vranjesević, D. und Milosavcevic, V.  
Socijalno-medicinski aspekti alkoholizma kod pođoprivrednika  
(Sociomedical aspects of alcoholism among agricultural workers)  
Alkoholizam, 1970, 10, 73-85

Amiel, Roger.  
L'alcoolisme l'alcoolisme et ses répercussions socio-  
professionnelles (The alcoholic, alcoholism and socio-  
professional repercussions)  
Toxicomanies, 1968, 1, 33-42

Bacon, S.D.  
Alcohol and complex society  
Quart. J. Stud. Alc., 1945, 179-200

Bacon, Selden D.  
Drug abuse and alcohol abuse - the social problem perspective  
The Prosecutor, 1969, 5, 32-36

Bahr, Howard M.

Drinking, interaction, and identification: Notes on socialization into skid row

J. of Hlth. & Social Behavior, 1967, 8, 272-285

Bailey, M.B.

A survey of medical and psychiatric practice with alcoholics

New York City, Community Council of Greater New York, Committee on Alcoholism, 1968

Bailey, Margaret Burton, Paul W. Haberman und Jill Sheinberg.

Identifying alcoholics in population surveys: A report on reliability

Quart. J. Stud. Alcoh., 1966, 27, 300-315

Bales, R.F.

Cultural Differences in rates of alcoholism

Quart. J. Stud. Alc., 1946, 6, 480-499

Bales, R.F.

Attitudes toward drinking in the Irish culture

New York, Wiley, 1962

Bandura, A.

Principles of behavior modification.

New York, 1969

Baumgärtel, H., B. Piellisch und M. Polzin.

Sozialmedizinische Aspekte des Alkoholabusus aus der Sicht des Unfallchirurgen.

Hefte Unfallheilk., 1968, 94, 286-291

Bennett, Richard, M., Buss, Arnold H. und Carpenter, John A.

Alcohol and human physical aggression.

Quart. J. Stud. Alc., 1969, 30, 870-876

Berg, N.L.

Effects of alcohol intoxication on self-concept, studies of alcoholics and controls in laboratory conditions.

Quart. J. Stud. Alc. 1971, 32; 442-453

Bjurulf, P., N.H. Sternby und B. Wistedt.

Definitions of alcoholism; relevance of liver disease and temperance board registrations in Sweden

Quart. J. Stud. Alcohol., 1971, 32, 393-405

Blacker, E.

Sociocultural factors in alcoholism

Intern. Psychiatry Clinics, 1966, 3, 51-80

Blane, Howard T., Willis F. Overton, Jr. und Morris E. Chafetz.  
Social factors in the diagnosis of alcoholism  
Quart. J. Stud. Alcoh., 1963, 24, 640-663

Blein, J.  
Le problème de l'alcoolisme chronique dans un complexe  
métallurgique du centre  
Rev. Alcsme, 1970, 16, 97-116

Blizard, Peter J.  
The public image and social rejection of the alcoholic in  
New Zealand  
Quart. J. of Stud. Alcoh., 1969, 30, 686-700

Blizard, Peter J.  
Beliefs about disease and alcoholism  
Mental Hygiene, 1971, 55, 184-189

Blume, Sheila B., & Sheppard, Charles.  
The changing effects of drinking on the changing personalities  
of alcoholics.  
Quart. J. of Stud. Alcoh., 1967, 28, 436-443

Bochnik, H.J., A. Hofinga, W. Pittrich.  
Statistische Strukturuntersuchungen bei Suchtkranken:  
I. Chronischer Alkoholismus  
Baden-Baden, 83. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurolo-  
gen und Psychiater, 1967

Brenner, Berthold.  
Estimating the prevalence of alcoholism: Toward a modifi-  
cation of the Jellinek formula  
Quart. J. Stud. Alcoh., 1959, 20, 255-260

Brenner, B.  
Estimating the prevalence of alcoholism from the vital rates  
Quart. J. Stud. Alcoh., 1960, 21, 140

Brenner, Berthold.  
Alcoholism and fatal accidents.  
Quart. J. Stud. Alcoh., 1967, 28, 517-528

Bresard, M.  
Consommation d'alcool et mortalité par cirrhose du foie à  
Saint-Etienne et à Marseille  
Bull. Ints. Nat. Hyg. 1959, 14, 367

Bruun, Kettil.  
Drinking behavior in small groups? An experimental study.  
Finland: The Finnish Foundation for Alcohol Studies, (1959)

Bruun, Kettil.

Significance of role and norms in the small group for individual behavioral changes while drinking  
Quart. J. Stud. Alc., 1959, 20, 53-64.

Bruun Kettil.

Drinking Patterns in the Scandinavian Countries  
Br. J. Addict., 1967, 62, 257-266

Bruun Kettil, E. Popham, R. und Seeley, J.

Liver cirrhosis mortality as a means to measure the prevalence of alcoholism  
The Finnish Foundation for Alcohol Stud., 1960, 8

Bruyn, Henry B.

Alcohol and college youth  
Annals of the New York Academy of Sciences, 1966, 133, 866-872

Bunzel, R.

The role of alcoholism in two central American cultures  
Psychiatry, 1940, 3, 361-387

Burton, Genevieve, & Kaplan, Howard M.

Sexual behavior and adjustment of married alcoholics.  
Quart. J. Stud. Alc., 1968, 29, 603-609.

Cahalan, D.

Problem Drinkers. A National Survey.  
1970, Jossey Bass Inc., San Francisco

Cahalan, Don, Cisin, Ira H. und Crossley, Helen. M.

American drinking practices: A national study of drinking behavior and attitudes  
Monographs of the Rutgers Center of Alcohol Stud., 1969, 6, 260

Cahoon, D.D. & Crosby, C.

A learning approach to chronic drug use sources of reinforcement.  
Behav. Therap. 1972, 3, 64-71

Cappell, H. and Herman, C.P.

Alcohol and tension reduction: a review.  
Quart. J. Stud. Alc. 1972, 33, 33-64

Carman Roderick Shannon

Drinking behavior as related to personality and socio-cultural Factors  
U. of Colorado, 1968

Carman Roderick Shannon.

Expectations and socialization experiences related to drinking among U.S. servicemen  
Quart. J. Stud. Alc., 1971, 32, 1040-1047

- Carpenter, John A.  
Effects of alcoholic beverages on skin conductance:  
An exploratory study.  
Quart. J. Stud. Alcohol, 1957, 18, 1-18.
- Carpenter, John A. and Armenti, Nicholas P.  
Some behavioral effects of alcohol on man.  
The Biology of Alcoholism, Kissin and Begleiter, Vol. 2,  
Plenum Press, New York-London, 1972, Chap. 15, pp. 509-543.
- Carpenter, John A. und Ross, Bruce M.  
Effect of alcohol on short-term memory  
Quart. J. Stud. Alc., 1965, 26, 561-579.
- Carrasco Santo-Domingo.  
The fight against alcoholism in Spain  
Alcoholism, 1968, 4, 120-122
- Catović, Z.  
Alkoholismus und zeitgenössische junge Generation  
Alcoholism, 1968, 4, 132-138
- Chalfant Hugh Paul.  
Illegitimate illness and the sick role: Social workers  
and alcoholism  
University of Notre Dame, 1970
- Chandler, J., Hensman, C. und Edwards, G.  
Determinants of what happens to alcoholics  
Quart. J. Stud. Alc., 1971, 32, 349-363
- Chodorkoff, Bernard.  
Alcoholism education in a psychiatric institute: I. Medical  
students: Attitudes toward alcoholism and achievement  
Quart. J. Stud. Alc., 1967, 28, 723-730
- Cimopi I. und M. Eisert.  
Mortalité et causes de décès chez les alcooliques  
Sozialpsychiatrie, 1969, 4, 159-168
- Cisin, Ira H.  
Community studies of drinking behavior  
Annals of the New York Academy of Sciences, 1963, 107, 607-612
- Clark, R.A.  
The projective measurement of experimentally induced levels  
of sexual motivation.  
J. Exp. Psychol. 1952, 44, 391-399
- Clark, R.A. und Sensibar, M.R.  
The relationship between symbolic and manifest projections  
of sexuality with some incidental correlates  
J. Abn. Soc. Psychol. 1955, 50, 327-334



Clark, Walter.

Operational definitions of drinking problems and associated prevalence rates

Quart. J. Stud. Alc., 1966, 27, 648-668

Conger, John J.

Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism.

Quart. J. Stud. Alc., 1956, 17, 296-305

Conger, John J.

Perception, learning and emotion: The role of alcohol.

Ann. Amer. Acad. Pol. Sci., 1958, 315, 31-39

Coopersmith, Stanly.

The effects of alcohol on reactions to affective stimuli.

Quart. J. Stud. Alc., 1964, 25, 459-475

Coopersmith, Stanly und Woodrow, Kenneth.

Basal conductance levels of normals and alcoholics.

Quart. J. Stud. Alc., 1967, 28, 27-32

Cosper, Ronald.

Interviewer bias in a study of drinking practices

Quart. J. Stud. Alc., 1969, 30, 152-157

Crancer Alfred jr. und Quiring Dennis L.

The chronic alcoholic as a motor vehicle operator

Northw. Med., 1969, 68, 42-47

Cutter, Henry S.

Alcohol, drinking patterns, and the psychological probability of success.

Behavioral Science, 1969, 14, 19-27

Dahl, S.

Erfahrungen mit chronischen Alkoholikern in Schweden und Dänemark

Psychiatr. Neurol. med. Psychol., 1967, 19, 361-366

Davis, D., Kausch, D.F. und Gochros, H.L.

Psychosocial characteristics of check offenders

Comprehensive Psychiatry, 1968, 9, 474-481

De Lint, Jan und Schmidt, Wolfgang.

The distribution of alcohol consumption in Ontario

Quart. J. Stud. Alc., 1968, 29, 968-973

De Lint, Jan und Schmidt, Wolfgang.

Consumption averages and alcoholism prevalence: A brief review of epidemiological investigations

British J. of Addiction, 1971, 66, 97-107

Demogeot C., D. Druesne und M. Laxenaire.  
Reflexions sur les racines religieuses de l'alcoolisme  
Ann. méd.-psychol., 1969, 127, 337-348

Demone Harold Wellington Jr.  
Drinking attitudes and practices of male adolescents  
Brandeis U., 1966

Deshaies, G.  
Les problèmes psychologiques de la femme de  
l'alcoolique.  
Vie.med. 1965, 46, 1731-1736

Dewsbury, D.A.  
Effects of alcohol ingestion on copulatory behavior of  
male rats.  
Psychopharmacologia, 1967, 11, 276-281

Doleys, Ernest J. et al.  
Varying amounts of alcohol and personality inventory  
performance.  
J. Clin. Psychol. 1967, 23, 484-486

Dollard, John.  
Drinking mores of the social classes  
New Haven, Yale U. Press, 1945

Dornic, S., Myrsten, A. and Frankenhäuser, M.  
Effect of alcohol on short term memory.  
Reports from the Psychological Laboratories  
The University of Stockholm Nr. 336 (1971)

Dunn, James J. und Clay, Margaret L.  
Physicians look at a general hospital alcoholism service  
Quart. J. Stud. Alcohol., 1971, 32, 162-167

Edwards, E.  
The status of alcoholism as a disease  
1968

Edwards, G., Chandler, J. und Hensman, C.  
Drinking in a London suburb - I. Correlates of normal drinking  
Quart. J. Stud. Alc., Suppl. 6, 1972, 69-92

Edwards, G., Chandler, J., Hensman, C. und Peto, Julian.  
Drinking in a London Suburb - II. Correlates of trouble  
with drinking among men  
Quart. J. Stud. Alc., Suppl. 6, 1972, 94-119

Edwards, G., Hensman, C. und Peto, Julian.  
Drinking in a London Suburb - III. Comparisons of drinking  
troubles among men and women  
Quart. J. Stud. Alc., Suppl. 6, 1972, 120-128

Encel, S. und Kotowicz, K.  
Heavy drinking and alcoholism; preliminary report  
Med. J. Aust., 1970, 1, 607-612

Encel, S.; Kotowicz, K.C.; Resler, H.E.  
Drinking practices and attitudes in an Australian metropolitan  
area  
Soc. Sci. Med., 1971, 5, 469-482

Encel, S., Kotowicz, K.C. und Resler, H.E.  
Drinking patterns in Sydney, Australia  
Quart. J. Stud. Alc., Suppl. 6, 1972, 1-27

Epstein, L.J., Mills, C. und Simon, A.  
Antisocial behavior of the elderly  
Compr. Psychiat., 1970, 11, 36-42  
Expert Committee on Mental Health, Alcoholism Subcommittee.  
Report on the first session.  
WHO Techn. Rep. Ser. 1951, 42

Expert Committee on Mental Health, Alcoholism Subcimmitee.  
Second report.  
WHO Techn. Rep. Ser. 1952, 48

Falk, Gerhard.  
The contribution of the alcohol culture to alcoholism in  
America  
Brit. J. Addict., 1970, 65, 9-17

Falkey, Bruce D.  
Individual problem drinking on and off the job  
J. Occupational Med., 1962, 4, 726-731

Field, P.B.  
A new cross-cultural study of drunkenness  
New York, Pittman and Snyder, 1962

Fleetwood, M. Freile und Diethelm, Oskar.  
Emotions and biochemical findings in alcoholism.  
Amer. J. Psychiat., 1951, 108, 433-438

Forslund, M.A. und Gustafson, T.J.  
Alcohol and high-schoolers  
NASSP Bull., 1969, 53, 52-59

Forney, Robert B., & Hughes, Francis W.  
Delayed auditory feedback and ethanol: Effect on verbal  
and arithmetical performance.  
J. Psychol. 1967, 52, 185-192

Forney, Robert B. & Hughes, Francis.

Effect of caffeine and alcohol on performance under stress of audiofeedback.

Quart. J. Stud. Alc., 1965, 26, 206-212.

Frühauf, Elisabeth.

Lerntheoretische Konzepte und Verhaltenstherapie des Alkoholismus

Diplomarbeit zur Diplomprüfung in der Psychologie an der Universität München, 1973

Fréour, P., Serise, M. Coudray, P. und Benier, J.

Que pensent de l'alcoolisme les habitants des grands ensembles urbains? Résultats d'une enquête d'opinion  
Alcsme, 1969, 15, 97-134

Gannt, H.W.

Effect of alcohol on sexual reflexes in dogs.

Americ. J. Physiol., 1940, 129, 360.

Gannt, H.W.

Effects of alcohol on the sexual reflexes of normal and neurotic male dogs.

Psychosom. Med. 1952, 14, 174-181

Garfield, Zalmon H., Ph.D.

Temple University, 1968.

Effect of alcohol ingestion by alcoholics on arousal level and stimulus response: An exploratory study.

(Order No. 69-14,085) Diss. Abstr. B. 30 (1969)

Garfield, Z.G. and Mc Brearty, J.F.

Arousal level and stimulus response in alcoholics after drinking.

Quart. J. Stud. Alc. 1970, 31, 832-838

Gibbens, T.C. und Silberman, M.

Alcoholism among prisoners

Psychological Medicine, 1970, 1, 73-78

Gitlow, St.E.

Alcoholism: a disease.

In: Bourne, P.G. and Fox, Ruth (Eds.): Alcoholism, Progress in Research and Treatment, Academic Press, New York 1973.

Glad, D.D.

Attitudes and experience of American-Jewish and American-Irish male youth as related to differences in adult rates of inebriety

Quart. J. Stud. Alc., 1947, 8, 406-472

Globetti, Gerald.

Teenage drinking in an abstinence setting  
Kansas J. of Sociology, 1967, 3, 124-132

Globetti, G.

The use of beverage alcohol by youth in an abstinence  
setting  
J. Sch. Hlth, 1969, 39, 179-183

Globetti, Gerald und Margaret McReynolds.

A comparative study of white and negro students' use of  
alcohol in two Mississippi communities  
Soc. Sci. Res. Center Preliminary Rep., 1966, 4

Globetti, G. und Pomeroy.

Characteristics of community residents who are favorable  
toward alcohol education  
Ment. Hyg., 1970, 54, 411-415

Globetti, Gerald und Windham, Gerald O.

The social adjustment of high school students and the use  
of beverage alcohol  
Sociology & Soc. Res., 1967, 51, 148-157

Godard, J.

Alcoolisme et médecine du travail; une enquête auprès  
des médecins du travail, Mai-octobre 1969  
Rev. Alcsme, 1970, 16, 4-24

Goldenberg, M., Korn, F., Sluzki, C.E. und Tarnopolsky, A.

Attitudes towards alcohol, alcoholism and the alcoholic.  
An exploratory study  
Social Sci. Med. 1968, 2, 29-39

Goldstein, Kenneth M.

A comparison of self- and peer-reports of smoking and  
drinking Behavior  
Psychological Rep., 1966, 18, 702

Goodwin, Donald, W.

Alcohol and recall: State-Dependent effects in man  
Science, 1969, 163, 1358-1360

Goodwin, Donald W., James Johnson, Chauncey Maher, Allan  
Rappaport und Samuel B. Guze.

Why people do not drink: a study of teetotalers  
Comprehens. Psychiat., 1969, 10, 209-214

Goodwin, Donald W., Crane J. Bruce and Guze, Samuel B.

Phenomenological aspects of the alcoholic "blackout".  
Brit. J. Psychiat., 1969, 115, 1033-1038

Goodwin, Donald W., Crane, J. Bruce, Guze, Samuel B.  
Alcoholic "blackouts": a review and clinical study of  
100 alcoholics.  
Amer. J. Psychiat. 1969, 126, 191-198

Gray, Robert M., Moody, Philip M., Sellars Marie und Ward, J.  
Physicians authoritarianism and the treatment of alcoholics  
Quart. J. Stud. Alc., 1969, 30, 981-983

Greenberg, Leon A., & Carpenter, John A.  
The effect of alcoholic beverages on skin conductance and  
emotional tension. I. Wine, whisky and alcohol.  
Quart. J. Stud. Alc. 1957, 18, 190-204

Grüntzig, A., M. Blohmke, R. Depner, W. Koschorrek und  
O. Stelzer.  
Alkoholverbrauch und soziale, physiologische und medizinische  
Daten  
Z. Präy.-Med., 1970, 15, 1-10

Haberman, Paul  
Differences between families admitting and denying an  
existing drinking problem  
J. Hlth. Hum. Behav., 1963, 4, 141-145

Haberman, Paul W.  
Denial of drinking in a household survey  
Quart. J. Stud. Alc., 1970, 31, 710-717

Habermann, P.W. und Sheinberg, J.  
Public attitudes toward alcoholism as an illness  
Am. J. Pub. Hlth., 1969, 59, 1209-1216

Hansson, K. und Saarman, T.  
Alkohol-kunskaper och attityder (Alcohol-information and  
attitudes)  
Alkoholfragan, 1970, 64, 137-140

Harrison, B.  
Temperance societies  
Local Historian, 1968, 3, 135-138

Harrison Danny Earl.  
Emerging drinking patterns of pre-adolescents: A study of  
the influence of significant others  
Mississippi State U., 1970

Hart, B.L.  
Effects of alcohol on sexual reflexes and mating behavior  
in the male dog.  
Quart. J. Stud. Alc. 1968, 29, 839-844



Heath, Dwight B.

Drinking patterns of the Bolivian Camba  
Quart. J. Stud. Alc., 1958, 19, 491-508

Hedri, A.

Wohlstands-Ehekrise

Zeitschrift für Psychoth. und med. Psychologie, 1971, 21,  
35-38

Hetherington, E.M. and Wray, N.P.

Aggression, need for social approval, and humor preferences.  
J. Abnorm. Soc. Psychol., 68, 1964, 635-639

Hirayama, K., Watanabe Y. und Chiba, K.

The drinking pattern of boys and girls-students of Pharma-  
ceutical Institute in Nihon University  
Jap. J. Stud. Alc., 1970, 5, 14-18

Hollister, Leo E. & Gillespie, Hamp K.

Marihuana, ethanol, and dextroamphetamine: mood and mental  
function alterations.

Arch. Gen. Psychiatr. 1970, 23, 199-203.

Horn, John, L. und Wanberg, Kenneth, W.

Symptom patterns related to excessive use of alcohol  
Quart. J. Stud. Alc. 1969, 30, 35-58

Horton D.

The function of alcohol in primitive societies: a cross-  
cultural study

Quart. J. Stud. Alc., 1943, 4, 199-320

Hudolin Vladimir

Alcoholism in Croatia

Int. J. soc. Psychiat., 1969, 15, 35-91

Hughes, Frances W., Forney, Robert B. & Gates, Paul W.

Performance in human subjects under delayed auditory feed-  
back after alcohol, a tranquilizer (benzquinamide) or benz-  
quinamide-alcohol-combination

J. Psychol., 1963, 55, 25-32.

Im Obersteg, J. und J. Bäumler

Unfälle unter der Einwirkung von Arzneimitteln und Alkohol  
Schweiz. med. Wschr., 1967, 97, 1039-1042

Ipsen, Johannes; Moore, Merrill, und Alexander, Leo.

Prevalence of alcoholism in the population and among suicides  
and accidents from poisoning, Massachusetts, 1938-1948

Quart. J. Stud. Alc., 1952, 13, 204-214

Jackson, J.K.

The definition and measurement of alcoholism: H-technique scales of preoccupation with alcohol and psychological involvement

Quart. J. Stud. Alc., 1957, 18, 240-262

Jackson, Joan K.

Types of drinking patterns of male alcoholics

Quart. J. Stud. Alc., 1958, 19, 269-302

Jackson, J.K. und Connor, R.

Attitudes of the parents of alcoholics, moderate drinkers and non-drinkers toward drinking

Quart. J. Stud. Alc., 1954, 14, 596-613

Jackson, J.K. und Kogan, K.L.

The search for solutions; help-seeking patterns of families of active and inactive alcoholics

Quart. J. Stud. Alc., 1963, 24, 449-472

James, J.E. & Godman, M.

Behavior trends of wives of alcoholics.

Quart. J. Stud. Alc., 1971, 32, 373-381

Jellinek, E.M.

Phases of alcohol addiction

Quart. J. Stud. Alc., 1952, 13, 673-684

Jellinek, E.M.

Estimating the prevalence of alcoholism: Modified values in the Jellinek formula and an alternative approach

Quart. J. Stud. Alc., 1959, 20, 261-269

Jellinek, E.M.

The disease concept of alcoholism

New Haven, Conn. Hillhouse, 1960

Jessor, Richard, Young, M. Boutourline, Young, Elizabeth B. und Tesi, Gino.

Perceived opportunity, alienation, and drinking behavior among Italian and American youth

J. of Personality and Soc. Psychl., 1970, 15, 215-222

Johanson, K.E.

Aktuell stridsfraga: alkohol- och tobaksreklam (Current controversy: alcohol and tobacco advertising)

Alkoholfragan, 1970, 64, 217-220

Jones, Resse T. und Stone, George C.

Psychological studies of marijuana and alcohol in man.

Psychopharmacologia, 1970, 18, 108-117

Jupp, G.A.

The role and functions of the tavern in Montreal  
U. of Alberta, Calgary, M.A. thesis, 1969

Kalin, Rudolf.

Effects of alcohol on memory.

J. abn. & soc. Psychol. 1964, 69, 635-641.

Kalin, Rudolf, McClelland, David C. and Kahn, Michael.

The effects of male social drinking on fantasy.

J. Personal. soc. Psychol. 1965, 1, 441-452

Kapamadzija, B.

Alkohol i samoubistvo (Alcohol and suicide)

Alkoholizam, 1969, 9, 23-34

Keehn, J.D.

Neuroticism and extraversion: Chronic alcoholics' reports  
on effects of drinking

Psychol. Rep. 1970, 27, 767-770

Keehn, J.D.

Reinforcement of alcoholism: Schedule control of  
solitary drinking.

Quart. J. Stud. Alc., 1970, 31, 28-39

Keller, M.

The definition of alcoholism and the estimate of its  
prevalence

Wiley, D.J. Pittman & C.R. Snyder, New York, 1962

Keller, M.

Alcoholism; nature and extent of the problem.

Annals of the Amer. Acad. of Scienc., 1958, 315, 1-11

Knox, Wilma J.

Attitudes of psychologists toward alcoholism

J. of Clinical Psychol., 1969, 25, 446-450

Knox, Wilma J.

Attitudes of psychiatrists and psychologists toward  
alcoholism

Am. J. of Psychiatry, 1971, 127, 1675-1679

Krupfer, G.

Female drinking patterns

Washington, 15th Annual Meeting of the North American Assoc.  
of Alcohol, Programs, 1964

Knupfer, G.

Some methodological problems in the epidemiology of alcoholic beverage usage: Definition of amount of intake  
Am. J. Pub. Hlth., 1966, 56, 237-242

Knupfer, G.

The epidemiology of problem drinking  
Am. H. Pub. Hlth., 1967, 57, 973-986

Knupfer, G., Fink, R., Clark, W. und Goffman, A.

Factors related to amount of drinking in an urban community  
Berkeley, California State Dept. of Public Health, 1963

Knupfer, G. und Robin Room.

Age, sex and social class as factors in amount of drinking in a metropolitan community  
Soc. Prob., 1964, 12, 2, 224-240

Knupfer, G. und Room, R.

Drinking patterns and attitudes of Irish, Jewish and White Protestant American men  
Quart. J. Stud. Alc., 1967, 28, 676-699

Koller, K.M. und J.N. Castanos.

Attempted suicide and alcoholism  
Med. J. Aust., 1963, 55, 835-837

Korman, M., Knopf, I.J. und Austin, R.B.

Effects of alcohol on serial learning under stress conditions.  
Psychol. Rep. 1960, 7, 217-220

Lang, B.; Adamovic, D.; Hecimovic, V.; Sudar, E.; Gruden, V.

Alkoholizam i Suicid (Alcoholism and suicide)  
Anali Bolnice "Dr. M. Stojanovic", 1967, 6, 254-259

Lange, E. und G. Trübsbach.

Entwicklungsbesonderheiten, soziales Bezugsfeld und Familienstruktur bei 100 jungen, straffällig gewordenen Gewohnheits-Geselligkeitstrinkern der Stadt Dresden  
Psychiat. Neurol. med. Psychol., 1969, 21, 311-317

Larsen, Donald F. und Abu-Laban, Beha.

Norm qualities and deviant drinking behavior  
Soc. Problems, 1968, 15, 441-450

Lazarus, A.A.

Towards the understanding and effective treatment of alcoholism  
S.A. Med. J. 1965, 39, 736-741

Lederman, S.C.

Alcool, alcoolisme, alcoolisation  
Paris, Inst. Nat. d'Etudes Demographiques, 1954

Lemert, E.M.

Alcohol and the Northwest Coast Indians  
Berkely, U. of California Press, 1954

Lemert, E.M.

Sociocultural research on drinking  
New Jersey, Keller, M. and Cottey, T., 1968

Levine, Jacob.

The sexual adjustment of alcoholics. A clinical study of  
a selected sample  
Quart. J. Stud. Alc., 1955, 16, 675-680

Lienert, G.A. und Traxel, W.

The effect of meprobamate and alcohol on galvanic skin  
response.  
J. Psychol., 1959, 48, 329-334.

Linsky, Arnold S.

The changing public views of alcoholism  
Quart. J. Stud. Alc., 1970, 31, 692-704

Linsky, Arnold S.

Theories of behavior and the image of the alcoholic in  
popular magazines, 1960-1966  
Public Opinion Quart., 1971, 34, 573-581

Lipscomb Wendell R.

Survey measurements of the prevalence of alcoholism.  
A review of five surveys  
Arch. gen. Psychiat., 1966, 15, 455-461

Lisansky-Gomberg, E.S.

Etiology of alcoholism.  
J. consult. clin. Psychol., 1968, 32, 18-20

Llopis, Bartolomé.

Die Eifersuchtsideen der Trinker  
Fortschr. Neurol. Psychiat., 1962, 30, 543-564

Lolli, Giorgio, Serianni, Edmidio; Banissoni, Ferruccio;  
Golder, Grace; Mariani, Aldo; McCarthy, Raymond G. und  
Toner, Mary.

The use of wine and other alcoholic beverages by a group  
of Italians and Americans of Italian extraction  
Quart. J. Stud. Alc., 1952, 13, 27-48

Lolli, Giogio, Serianni, Emidio; Golder, Grace; Balboni,  
Claudia und Mariani, Aldo.

Further observations on the use of wine and other alcoholic  
beverages by Italians and Americans of Italian extraction  
Quart. J. Stud. Alc., 1953, 14, 395-405

Lolli, Giorgio; Golder, Grace M.; Serianni, Emidio;  
Bonfiglia, Giovanni und Balboni, Claudia.  
Choice of alcoholic beverage among 178 alcoholics in  
Italy  
Quart. J. Stud. Alc., 1958, 19, 303-308

Lustig, Bruno.  
Alkohol und moderne Gesellschaft  
Ther. Gegenwart, 1966, 105, 735-740

Lynn, Richard.  
A climate of anxiety  
New Society, 1971, 48, 1190-1192

Lynn, Richard.  
National and racial differences in anxiety  
Mankin Quart., 1971, 11, 205-214

Mackey, Richard A.  
Views of caregiving and mental-health groups about alcoholics  
Quart. J. Stud. Alc., 1969, 30, 665-671

Maddox, George L.  
Rolemaking: negotiations in emergent drinking careers  
Social Science Quart., 1968, 49, 2, 331-349

Maddox, George L. und Bernice Allen.  
A comparative study of social definitions of alcohol and its  
uses among selected male Negro and white undergraduates  
Quart. J. Stud. Alc., 1961, 22, 3, 418-427

Mäkelä, K.  
Alkoholien ongelmakäyttäjät kulutustutkumuksen mukaan  
(Excessive drinking according to a study on alcohol consumption)  
Alkoholikysymys, 1970, 3, 160-171

Mäkelä, Klaus.  
Measuring the consumption of alcohol in the 1968-1969  
alcohol consumption study  
Helsinki, Social Res. Institute of Alc. Stud., 1971

Marconi, J.T.  
The concept of alcoholism.  
Quart. J. Stud. Alc. 1959, 20, 216-235

Marconi, J.T.  
Scientific theory and operational definitions in psycho-  
pathology. With special reference to alcoholism.  
Quart. J. Stud. Alc., 1967, 28, 631-640

Marinkovic, V.  
Incestne pojave kod hronicne etilicne intoksikacije  
(Incestuous occurrences in chronic alcohol intoxication)  
Alkoholizam, 1968, 8, 110-117



Masserman, J.H.; Jaques, M.G. et al.  
Alcohol as a preventive of experimental neuroses  
Quart. J. Stud. Alc., 1945, 6, 281-299

Maxwell, Milton A.  
Drinking behavior in the state of Washinton  
Quart. J. Stud. Alc., 1952, 13, 219-239

Mayfield, Demmie G.  
Psychopharmacology of alcohol. I. Affective change with  
intoxication, drinking behavior and affective state.  
J. nerv. ment. Dis. 1968, 146, 314-321

Mayfield, Demmie und Allen, David.  
Alcohol and affect: A psychopharmacological study  
Amer. J. Psychiat., 1967, 123, 1346-1351

Mayfield, Demmi G. und Coleman, Linda L.  
Alcoholic use and affective disorder.  
Dis. Nerv. Syst., 1968, 29, 467-474

Mayfield, Demmi G.  
Alcoholism viewed as an illness  
Southern Med. J., 1967, 60, 736-740

McCarthy, Raymond G. und Fain, Tyrus G.  
Measuring knowledge of alcoholism in the community  
Quart. J. Stud. Alc., 1959, 20, 645-654

McClelland, David C.  
The power of positive drinking  
Psychology Today, 1971, 4, 40-41, 78-79

McGonnel, Peter C. und Beach, Horace D.  
The effect of ethanol on the acquisition of a conditioned GSR  
Quart., J. Stud. Alc., 1968, 29, 845-855.

McGuire, M.T.; Stein, S. & Mendelson, J.H.  
Comparative psychosocial studies of alcoholic and non-  
alcoholic subjects undergoing experimentally induced  
ethanol intoxication  
Psychosom. Med., 1963, 28, 13-26.

McNamee H. Brian; Nancy K. Mello und Jack H. Mendelson.  
Experimental analysis of drinking patterns of alcoholics:  
concurrent psychiatric observations  
Amer. J. Psychiat., 1968, 124, 1063-1069

Medina E.L.  
The role of alcohol in accidents and violence  
Toronto, Alcohol and Alcoholism, U. of Toronto Press, 1970

Mendelson, J.H.; Wexler, D.; Kubzansky, P.E.; Harrison, R. Leidermann, G. und Solomon, P.

Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics. X. Conclusions and implications  
Quart. J. Stud. Alcohol Suppl. Nr. 2, 1964, 117-126

Mendelson, Jack H. and La Dou, Joseph.

Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics. I. Background and experimental design.  
Quart. J. Stud. Alcohol Suppl. Nr. 2, 1964, 1-13

Mendelson, Jack H. and La Dou, Joseph.

Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics. II. Psychophysiological findings  
Quart. J. Stud. Alcohol Suppl. Nr. 2, 1964, 14-39

Mendelson, Jack H., La Dou, Joseph and Solomon, Philip.

Experimentally induced chronic intoxication and withdrawal in alcoholics. III. Psychiatric findings  
Quart. J. Stud. Alcohol Suppl. Nr. 2, 1964, 40-52

Mello, Nancy K.

Behavioral studies of alcoholism

The Biology of Alcoholism (B. Kissin and H. Begleiter, eds.)  
New York: Plenum Press, 1972

Mendelson, Jack H., Mello, Nancy K. and Solomon, Philip.

Small group drinking behavior: An experimental study of chronic alcoholics

The Addictive States Association for Research in Nervous and Mental Disease, Vol. XXVI, 1968, 5, 399-430

Mills, K.C.; Sobell, M.B. & Schaefer, H.H.

Training social drinking as an alternative to abstinence for alcoholics.

Behav. Therap. 1971, 2, 18-27

Mizruchi, E.H. und Perrucci, R.

Norm qualities and differential effects of deviant behavior: an exploratory analysis

Am. Soc. Rev., 1962, 27, 391-399

Mogar, Robert E. etc.

Staff attitudes toward the alcoholic patient

Arch. of Gen. Psych., 1969, 21, 449-454

Moody, Philip M.

Attitudes of nurses and nursing students toward alcoholism treatment

Quart. J. of Stud. Alc., 1971, 32, 172-175

Moore, R.A.

The conception of alcoholism as a mental illness  
Quart. J. Stud. Alc., 1968, 29, 172-175

Moore, W.D.

American methodists and alcohol  
Addictions, Toronto, 1969, 16, 10-19

Morin, J.Y. und Courtois, Paul

Alcoolisme, maladie sociale  
Annales Médico-Psychol., 1970, 2, 221-235

Morrison Pearl Gloria.

The relationship between knowledge and perception of  
registered nurses and their potential for meeting the  
needs of alcoholics as perceived by tubercular-alcoholic  
veterans  
New York U., 1966

Moss, M.C. und Beresford-Davies, E.

A survey of alcoholism in an English county  
London, Geigy, 1967

Mueller, Stanley Robert, Ph.D.

(Boston University Graduate School, 1965)  
The effects of alcohol upon the alcoholic's conformity  
behavior and mood state.  
(Order No. 65-11.202) Diss. Abstr. 26, 1965

Mueller, S. und Ferneau, E.

Attitudes toward alcoholism among a group of college  
students  
Int. J. of the Addictions, 1971, 6, 443-451

Mulford, Harold A.

Iowa's drinking driver, 1961, with a method for identifying  
drinking drivers in a survey sample  
Soc. Prob., 1964, 12, 2, 196-211

Mulford, H.A.

Meeting the problems of alcohol abuse: a testable action  
plan for Iowa.  
Cedar Rapids. Iowa: Iowa Alcoholism Foundation 1970

Mulford, Harold A. und Miller, Donald E.

Drinking in Iowa: II. The extent of drinking and selected  
socio-cultural categories  
Quart. J. Stud. Alc., 1960a, 21, 26-39

Mulford, Harold A. und Miller, Donald E.  
Drinking in Iowa: III. A scale of definitions of alcohol  
related to drinking behavior. IV. Preoccupation with alcohol  
and definitions of alcohol, heavy drinking and trouble due  
to drinking

Quart. J. Stud. Alc., 1960b, 21, 267-278, 279-291

Mulford, Harold A. und Miller, Donald E.  
Drinking in Iowa: V. Drinking and alcoholic drinking  
Quart. J. Stud. Alc., 1960c, 21, 483-499

Mulford, Harold A. und Donald E. Miller.  
Public definitions of the alcoholic  
Quart. J. Stud. Alc., 1961, 22, 2, 312-320

Mulford, Harold A. und Donald E. Miller.  
The prevalence and extent of drinking in Iowa  
Quart. J. Stud. Alc., 1963, 24, 1, 39-53

Mulford, Harold A. und Donald E. Miller.  
Measuring public acceptance of the alcoholic as a sick person  
Quart. J. Stud. Alc., 1964, 25, 2, 314-324

Nathan, Peter E. und O'Brien, John S.  
An experimental analysis of the behavior of alcoholics and  
nonalcoholics during prolonged experimental drinking:  
A necessary precursor of behavior therapy?  
Behavior Therapy, 1971, 2, 455-476

Nathan, Peter E.; Titler Niles A.; Lowenstein, Leah M.;  
Solomon, Philip; Rossi, Michael A.  
Behavioral analysis of chronic alcoholism  
Arch. Gen. Psychiat. Vol. 22, 419-430, (1970)

National Safety Council.  
Accident Facts  
1960

Nedoma, K., Mellan, J. und Pondelickova, J.  
Incestni pedofilni delinkvence (Incestuous pedophilic  
delinquency)  
Csl. Psychiat., 1969, 65, 224-229

Negrette, Juan C.  
Les attitudes envers le comportement des alcooliques:  
Etude comparative dans trois sous-cultures Québécoises  
Toxicomanies, 1970, 3, 193-212

Norén, C.  
Restaurangvanor (Restaurant customs)  
Alkoholfragan, 1970, 64, 119-124

Observer, und Maxwell, Milton A.  
A study of absenteeism, accidents and sickness payments  
in problem drinkers in one industry  
Quart. J. Stud. Alc., 1959, 20, 302-312

Olschewski, Jutta  
Psychologische Untersuchungen zur Persönlichkeit von  
Alkoholikern  
Diplomarbeit zur Diplomprüfung in der Psychologie an der  
Universität München, 1974

Orford, J. und Postoyan, Seta.  
Drinking behavior and its determinants amongst university  
students in London  
Wales, Cardiff, Presented 3rd. Int. Conf. on Alc. Addct., 1970

Ossenberg, Richard J.  
Social class and bar behavior during an urban festival  
Hum. Organization, 1969, 28, 1, 29-34

Park, Peter.  
Problem drinking and social orientation: A sociological study  
of pre-alcoholic drinking  
Yale U., 1958

Peck Charles Wilburn III.  
Consensus on drinking norms and strength of sanctions in  
male collegiate friendship groups  
Duke U., 1971

Pell, S. und D'Alonzo, C.A.  
Sickness absenteeism of alcoholics  
J. occup. Med., 1970, 12, 198-210

Pfautz, Harold W.  
The image of alcohol in popular fiction: 1900, 1904 und  
1946-1950  
Quart. J. Stud. Alc., 1962, 23, 1, 131-146

Pichot, O., & Reiman, S.  
L'effet de l'ingestion d'alcool sur le niveau d'aspiration.  
Rev. Psychol. appl., 1959, 9, 237-247

Pittman, D.J.  
New Approaches to the chronic drunkenness offenders  
State Govt., Chicago, 1968, 41, 164-170

Pohl, Helga.  
Alkoholkonsum und Alkoholismus. Eine Literaturübersicht.  
Kapitel 1: Definitionen und Modelle  
1974 b, Unveröffentlichtes Manuskript, MPI f. Psychiatrie,  
München

Pohl, Helga.

Alkoholkonsum und Alkoholismus. Eine Literaturübersicht.  
Kapitel 2: Effekte des Alkoholkonsums.  
1974a, Unveröffentlichtes Manuskript, MPI f. Psychiatrie,  
München

Pohl, Helga.

Alkoholkonsum und Alkoholismus. Eine Literaturübersicht.  
Kapitel 3: Art und Verbreitung.  
1973, Unveröffentlichtes Manuskript, MPI f. Psychiatrie,  
München

Pohl, Helga; Revenstorf, D.; Kohn, M.; Silva, Christina;  
Silva, F.; Feil, W.; Wagner, Angelika.

Projekt: Trinkverhalten und Trinkprobleme. A. Tätigkeits-  
bericht. 1974a, Unveröffentlichtes Manuskript, MPI f.  
Psychiatrie, München

Pohl, Helga; Revenstorf, D.; Kohn, M.; Silva, Christina;  
Silva, F.; Feil, W.; Wagner, Angelika.

Projekt: Trinkverhalten und Trinkprobleme. B. Ergebnisbericht.  
1974 b, Unveröffentlichtes Manuskript, MPI f. Psychiatrie,  
München

Plaut, T.F.A.

Alcohol problems: A report to the nation by the Cooperative  
Commission on the study of alcoholism  
New York, Oxford U. Press, 1967

Popham, Robert E.

The Jellinek alcoholism estimation formula and its  
application to Canadian data  
Quart. J. Stud. Alc., 1956, 17, 559-593

Popham, Robert E.

Alcohol and Alcoholism  
Toronto and Buffalo, U. of Toronto Press, 1970

Popham, R.E. und Schmidt, W.

A decade of alcohol research  
Toronto, U. of Toronto Press, 1962

Preston, James D.

Community norms and adolescent drinking behavior:  
A comparative study  
Soc. Science Quart., 1968, 49, 2, 350-359

Preston, James D.

Religiosity and adolescent drinking behavior  
Sociolog. Quart., 1969, 10, 3, 372-383



Ramin, Gisela

Therapie des Alkoholismus - ein methodenkritischer Überblick.  
Diplomarbeit zur Diplomprüfung in Psychologie an der Universität München, 1974.

Reader, D.H.

Alcoholism and excessive drinking: A sociological review  
Psychologica Africana Monogr. Suppl., 1967, 3, 69

Reinehr, Robert C.

Therapist and patient perceptions of hospitalized alcoholics  
J. of Clinical Psychol., 1969, 25, 443-445

Reinert, R.E.

The concept of alcoholism as a disease.  
Bulletin of the Menninger Clinic, 1963, 32, 21-25

Reinhardt, James M.

Alcoholism and culture conflict in the U.S.A.  
Int. J. of Offender Therapy, 1969, 13, 177-181

Revenstorf, D., Silva, F., Silva, Christina, Kohn, M.,

Pohl, Helga, Wagner, Angelika, Feil, W.  
Projekt: Trinkverhalten und Trinkprobleme. C. Ergebnisbericht  
II, Kreuzvalidierung einer Querschnittsuntersuchung.  
1974, Unveröffentlichtes Manuskript, MPI f. Psychiatrie, München

Richardson Jack James.

A study of the relationship of attitudes of college students  
and their parents toward consumption of alcoholic beverages  
Southern Illinois U., 1964

Robinson, Lillian H. und Podnos, Burton.

Resistance of psychiatrists in treatment of alcoholism  
J. of Nervous and Mental Disease, 1966, 143, 220-225

Roman, Paul M. und Harrison, M. Trice

The development of deviant drinking behavior: occupational  
risk factors  
Environmental Hlth, 1970, 20, 424-435

Roman, Paul M. und Harrison M. Trice.

The normalization phenomenon: Deviant drinking and the  
work organization  
New Orleans, 46th Annual Meeting of South-Western Soc.  
Assoc., 1971

Rubington, Earl.

Referral, past treatment contacts, and length of stay in a  
halfway house: Notes on consistency of societal reactions  
Quart. J. Stud. Alc., 1970, 31, 659-663

Rubington, Earl.

The hidden alcoholics.  
Quart. J. Stud. Alc., 1972, 33, 667-683

Rule, B.G. und Besier, D.P.

Responsibility vs. illness models of alcoholism:  
Effects on attitudes toward an alcoholic  
Quart. J. Stud. Alc., 1973

Rumbarger John Joseph.

The social origins and function of the political temperance  
movement in the reconstruction of American society 1825-1917  
U. of Pennsylvania, 1968

Ryback, Ralph, S., Weinert, Jane und Fozard, James L.

Disruption of short-term memory in man following consumption  
of ethanol  
Psychonomic Science, 1970, 20, 353-354

Ryback, R.S.

Alcohol amnesia  
J. Amer. med. Ass. 1970a, 212, 1524

Ryback, Ralph S.

Alcohol amnesia: Observations in seven drinking inpatient  
alcoholics  
Quart. J. Stud. Alc., 1970b, 31, 616-632

Ryback, Ralph S.

Alcohol the euphoric agent?  
Psychology, 1969, 6, 7-12

Ryback, R.S.

The continuum and specificity of the effects of alcohol  
on memory; a review.  
Quart. J. Stud. Alc., 1971, 32, 995-1016

Sadoun, R., Lolli, G. und Silverman, M.

Drinking in French culture  
New Brunswick, Rutgers Center of Alc. Stud., 1965

Saint, E.G.

Alcohol and society  
Med. J. of Australia, 1969, 2, 69-76

Sargent, Margaret J.

Changes in Japanese drinking patterns  
Quart. J. Stud. Alc., 1967, 28, 709-722

Sargent, Margaret J.

The conception of alcoholism as a mental illness: Comment  
on the article by R.A. Moore, and a sociological alternative  
Quart. J. Stud. Alc., 1968, 29, 974-978

Sergent, Margaret.

A cross-cultural study of attitudes and behavior towards alcohol and drugs

Brit. J. of Sociol., 1971, 22, 1, 83-96

Schaefer, Helmuth H., Sobell Mark B. Mills, K.

Baseline drinking behaviors in alcoholics and social drinkers kinds of drinks and sip magnitude

Bh. Res. and Therapy, 1971, 9, 23-27

Scheff, T.J.

Being mentally ill: a sociological theory

Chicago, 1966; deutsch: Fischer, Frankfurt 1973

Schmidt, L.

Alkoholismus als soziales Problem in der Großstadt

Z. für ärztl. Fortbildung, 1966, 55, 5

Schmidt, W.

The prevalence of alcoholism and drug addiction in Canada.

Auch als: Utbredningen av alkoholism inom Kanada

Alkoholfragen, 1969, 63, 63-70

Schmidt, W. und Bronetto, J.

Death from liver cirrhosis and specific alcoholic beverage consumption USA - 1950

Am. J. Pub. Hlth., 1962, 52, 1473

Schmidt, Wolfgang und Jan de Lint.

Mortality experiences of male and female alcoholic patients

Quart. J. Stud. Alc., 1969, 30, 1, 112-118

Schmidt, W. und de Lint, J.E.

Estimating the prevalence of alcoholism from alcohol consumption and mortality data

Quart. J. Stud. Alc., 1970, 31, 957-964

Schmidt, W.S. und Smart, R.G.

Alcoholics, drinking and traffic accidents

Quart. J. Stud. Alc., 1959, 20, 631-644

Schmidt, W.S., Smart, R.G. und Moss, Mik.

Social class and the treatment of alcoholism - an investigation of social class as a determinant of diagnosis, prognosis and therapy

Toronto, U. Press, 1963

Schmidt, W. und de Lint, J.

Causes of death of alcoholics

Quart. J. Stud. Alc., 1972, 33, 171-185

Schneidman, E.S. und Farberow, N.L.  
Clues to suicide  
Publ. Hlth Rep., 1956, 71, 100

Seeley, J.R.  
The W.H.O. definition of alcoholism  
Quart. J. Stud. Alc., 1959a, 20, 352-356

Seeley, John R.  
Estimating the prevalence of alcoholism: A critical analysis  
of the Jellinek formula  
Quart. J. Stud. Alc., 1959b, 20, 245-254

Seeley, John R.  
Alcoholism prevalence: An alternative estimation method  
Quart. J. Stud. Alc., 1960, 21, 500-505

Shaw, D.M. und Campbell E.Q.  
Internalization of a moral norm and external support  
Sociol. Quart., 1962, 3, 57-71

Siegler, Miriam, Osmond H. and Newell, St.  
Models of alcoholism.  
Quart. J. Stud. Alc., 1968, 29, 571-591

Sjövall, E.  
Alkohol und Lebercirrhose  
Deutsche Z. ges. gerichtl. Med., 1952, 41, 10

Skolnik, J.H.  
The stumbling block. A sociological study of the relation-  
ship between selected religious norms and drinking behavior.  
Unpublished doctoral dissertation, Yale University, 1957

Skolnick, Jerome H.  
Religious affiliation and drinking behavior  
Quart. J. Stud. Alc., 1958, 19, 452-470

Smart, Reginald G. und Waller, Julian A.  
On alcoholics and their accidents  
J. of Safety Res., 1969, 1, 170-178

Smythe Dallas W.  
Alcoholism as a symptom of social disorder: an ecological  
view  
Sozialpsychiatrie, 1966, 1, 144-151

Snyder, Charles R.  
Alcohol and the Jews: A cultural study of drinking and  
sobriety  
Glencoe, Free Press, 1958

Snyder, Charles R.

Culture and Jewish sobriety - the ingroup outgroup factor  
New York, Wiley, 1962

Sobell Mark B., Schaefer Halmuth H., Mills, Kenneth C.

Differences in baseline drinking behavior between alcoholics  
and normal drinkers

Res. and Therapy, 1972, 10, 257-267

Sobell, M.B. & Sobell, L.C.

Individualized behavior therapy for alcoholics.

Behav. Therap., 1973, 4, 49-72

Söderlind, E.

Alkoholreklamen i pressen (Alcohol advertisement in the press)

Alkoholfragen, 1969, 63, 299-301

Sovorow, G., Rosenberg, O.M, Ferneau, E.

Attitudes towards drug and alcohol addiction: Patients  
and staff

British J. of Addict., 1972

Spicer, F.

La capacité de travail des alcooliques

Alcoholism, Zagreb, 1969, 5, 39-42

Steinglas, P., Weiner, S. & Mendelson, J.H.

Interactional issues as determinantes of alcoholism.

Americ. J. Psychiat., 123, (3), 1971, 275-280

Stern, Gerald.

Public drunkenness: Crime or health problem?

Ann. of the Amer. Acad. of Political & Soc. Sc., 1967,  
374, 147-156

Stojilkovic, S. Poleksic, J., Vasev, C., Milovanovic, D.,  
Kilibarda, M., Milatovic, A., Vranjesevic, D. und Andel-  
kovic, A.

Socijalno-medicinske posledice alkoholizma posmatrane s  
aspekta invalidnosti (Sociomedical results of alcoholism  
from the standpoint of invalidism)

Alkoholizam, Beograd, 1969, 9, 5-84

Strassburger, Fred und Strassburger, Zelda.

Measurement of attitudes toward alcohol and their relation  
to personality variables

J. of Consulting Psychol., 1965, 29, 440-445

Straus, Robert.

Public attitudes regarding problem drinking and problem eating

Annals of the New York ac. of Sc., 1966, 133, 792-802

Straus, Robert, und Bacon, Seldon D.  
Drinking in College  
New Haven, Yale U. Press, 1953

Sundby, Per.  
Alcoholism and mortality - Alcohol research in the northern countries  
Oslo, Universitetsforlaget, 1967

Szasz, T.S.  
Alcoholism: a sociomedical perspective.  
Washburn Law J., 1967, 6, 255-268

Takala, Martti; Toivo, A., & Markkanen, Touko.  
The effects of distilled and brewed beverages: A physical, neurological and psychological study.  
Helsinki, Finland: Suomalaisen Kirjallisuuden Kirjapaino, 1957, 195 p.

Tamerin, John S. et al.  
Alcohol and memory: Amnesia and short-term memory function during experimentally induced intoxication.  
Americ. J. Psychiat., 1971, 127, 1659-1664

Tamerin, John S. & Mendelson, Jack H.  
The psychodynamics of chronic inebriation: Observation of alcoholics during the process of drinking in an experimental group setting.  
Americ. J. Psychiat., 1969, 125, 886-899

Tamerin, John S., Weiner, Sheldon und Mendelson, Jack H.  
Alcoholics' expectancies and recall of experiences during intoxication  
Amer. J. of Psychiat., 1970, 126, 1697-1704

Tardif, Guy.  
Alcoolisme et violence  
Toxicomanies, 1968, 1, 125-134

Teed, Ronald Dean.  
The effect of interpersonal contact with female alcoholics on the attitudes of counseling students  
Arizona State U., 1968

Teitelbaum, H.A. und Gannt, H.W.  
The effect of alcohol on sexual reflexes and sperm count in the dog.  
Quart. J. Stud. Alc., 1958, 19, 394-398



Trentini, Giancarlo; Carli, Renzo & Pandovani, Franco.  
Contributo sperimentale alla ricerca degli effetti dell'-  
alcool nelle strutture relazionali dell'ego con la realtà  
sociale e con il principio d'autorità. (Experimental con-  
tribution to research on the effects of alcohol on the  
relational structures of the ego with social reality and  
with the authority principle.)  
Contributi dell'Istituto di Psicologia, (1970a, 30, 513-547

Trentini, Giancarlo & Vegetti Finzi, Silvia.  
Contributo sperimentale allo studio degli effetti dell'-  
alcool sulla psicodinamica dell'individuo normale. (Experi-  
mental contribution to the study of the effects of alcohol  
on the psychodynamics of the normal individual).  
Contributi dell'Istituto di Psicologia, 1970 b, 30, 548-597

Trice, H.M.  
Alcoholism: Group factors in etiology and therapy  
Human Organization, 1956, 15, 33-40

Trice, Harrison M.  
A study of the process of affiliation with alcoholics  
anonymous  
Quart. J. Alc., 1957, 18, 39-54

Trice, Harrison M.  
The job behavior of problem drinkers  
New York, Wiley, Pittman D.J. & Snyder, 1962

Trice, H.M.  
Alcoholic employees: A comparison with psychotic neurotic  
and "normal" personnel  
J. Occup. Me., 1965, 7, 94

Trice, Harrison M. und Roman, Paul M.  
Delabeling, relabeling and alcoholics anonymous  
Social Problems, 1970, 17, 538-546

Trice, H.M. und Wahl, J.R.  
A rank order analysis of the symptoms of alcoholism  
Quart. J. Stud. Alc., 1952, 19, 636-634

Ullman, Albert D.  
Sociocultural backgrounds of alcoholism  
Ann. Amer. Acad. Pol. Soc. Sci., 1958, 315-48-54

Vanderpool, James A.  
Alcoholism and the self-concept.  
Quart. J. Stud. Alc. 1969, 30, 59-77

Vannicelli, Marsha-Lee, Ph.D. (Tufts University, 1970)  
Changes in mood and self-perception of alcoholics:  
A comparison of sober and intoxicated states.  
Diss. Abstr. 1971, B 31

Vannicelli, M.-L.

Mood and self-perception of alcoholics when sober and intoxicated. I. Mood change. II. Accuracy of self-prediction. Quart. J. Stud. Alc. 1972, 33, 341-357

Valseschini, Silvio.

L'opinione sulle bevande alcooliche: Un problema di medicina sociale e di igiene mentale (Opinions on alcoholic beverages: A problem of social medicine and mental hygiene) Difesa Sociale, 1969, 48, 51-84

Vasev, C., Milosavcevic, V., Petrovic, D. und Pavlovic, K.

Alkoholizamuzrok cestih promena radne organizacije (Alcoholism as the cause of frequent changes of occupation) Alkoholizam, Beograd, 1968, 8, 37-45

Verden, Paul.

The concept of ambivalence with reference to alcohol use and misuse in American culture Int. J. soc. Psychiat., 1968, 14, 252-259

Verden, Paul, Jackson, D.N. und King, G.A.

Popular conceptions of the etiology of alcoholism: A multidimensional investigation Quart. J. Stud. Alc., 1969, 30, 78-92

Viquiera, C. und Palerm, A.

Alcoholismo, brujera y homicidio en dos comunidades rurales de Mexico Amer. Indig., 1954, 14, 7-36

Vogel-Sprott, M.D.

Alcohol effects on human behavior under reward and punishment. Psychopharmacologia, 1967a, 11, 337-344

Vogel-Sprott, M.D.

Individual differences in the suppressing effect of punishment on a rewarded response in alcoholics and nonalcoholics.

Quart. J. Stud. Alc., 1967b, 28, 1, 33-42

Vogel-Sprott, M.D.

Alcoholism as learned behavior: Some hypotheses and research. Alcoh. Behav. Res., Therapeutic Approaches, Ruth Fox, ed. 1967 c

Vogler, R.E.

Recent advances in behavior modification techniques for alcoholics.

Paper presented at the 4. Kongress der GVT und des DEV, Münster, July 1972

Wahl, Sanford Allan.

The activities of the woman's christian temperance union  
of the State of New York in relation to alcoholic beverage  
legislation in New York State 1934-1960  
New York, U., 1966

Wallace, J.G.

Drinkers and abstainers in Norway - A national survey  
Quart. J. Stud. Alc., 1972, 6, 129-151

Waller, Julian A.

Identification of problem drinking among drunken drivers  
JAMA, 1967, 200, 114-120

Waller, J.A. and Goo, J.T.

Highway crash and citation patterns and chronic medical  
conditions  
J. Safety Res., Chicago, 1969, 1, 13-27

Wanberg, Kenneth W. und John Knapp

Differences in drinking symptoms and behavior of men  
and women alcoholics  
Brit. J. Addict., 1970, 64, 347-355

Warkow, Seymour, Seldon D. Bacon und Arthur C. Hawkins.

Social correlates of industrial problem drinking  
Quart. J. Stud. Alc., 1965, 26, 1, 58-71

Watson, J.P.

Alcohol and the accident department  
Brit. J. Addict., 1969, 64, 223-230

Wechsler, H., Kasey, E.H. Thum, D. und Demone, H.W. jr.

Alcohol level and home accidents; a study of emergency  
service patients  
Publ. Hlth. Rep., Wash., 1969, 84, 1043-1050

Weiner, S., Tamerin, J.S., Steinglass, P. und Mendelson, J.H.

Familial patterns in chronic alcoholism: a study of a father  
and son during experimental intoxication  
Amer. J. Psychiat., 1971, 127, 1646-1656

Wexberg, L.E.

Alcoholism as a sickness.  
Quart. J. Stud. Alc. 1951, 12, 217-230

Whitlock, F.A. und Schapira, Kurt

Attempted suicide in Newcastle upon Tyne  
Brit. J. Psychiatr., 1967, 113, 423-434

Wieser, S.

Über das Trinkverhalten der allgemeinen Bevölkerung und Stereotype des Abstinenten und Trinker. Eine empirische sozio-psychiatrische Studie im Bundesland Bremen  
Fortschr. Neurol. Psychiat., 1963, 36, 485-509

Wieser, S.

Das Trinkverhalten der Deutschen - Eine medizin-soziologische Untersuchung  
Nicolai, Herford, 1973

Wilkinson Rupert Hugh.

Drinking problems and cultural drinking patterns  
Stanford U., 1971

Wilkinson, P.; Kornaczewski, A.; Rankin, J.G.; Santamaria, J.N. Fitzroy

Physical disease in alcoholism  
Med. J. Aust., 1971, 58, 1217-1223

Williams, Allan F.

Validation of a college problemdrinking scale  
J. Projective Techn. and Personality Ass., 1967, 31, 33-40

Williams, James H.

A study of factors related to a sample of vocational rehabilitation counselors' knowledge of alcoholism, attitudes toward treated alcoholics and toward their rehabilitation  
Fla. State U Res. Rept. Soc. Sci., 1962, 5, 2, 1-28

Williams, Allan F.

Social drinking, anxiety, and depression.  
J. Personal Soc. Psychol., 1966, 3, 689-693

Wolf, Irving, Chafetz, E. Zlane H.T. und Hill.

Social factors in the diagnosis of alcoholism in social and nonsocial situations - II. Attitudes of Physicians  
Quart. J. Stud. Alc., 1965, 26, 72-79

Young George William

The perceptual accuracy of certain student personnel administrators when estimating the drinking behavior of college men at a selected institution  
The Florida State U., 1966

Zax, Melvin, Elmer A. Gardner und William T. Hart.

Public intoxication in Rochester; A survey of individuals charged during 1961  
Quart. J. Stud. Alc., 1964, 25, 4, 669-678

Zax, Melvin, Elmer A. Gardner, und William T. Hart.

A survey of the prevalence of alcoholism in Monroe County, N.Y. 1961  
Quart. J. Stud. Alc., 1967, 28, 2, 316-327



## Lebenslauf

|                               |                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 27. 9.1944                    | geboren in Schwetzingen                                                                                                                                                       |
| 1945-1950                     | aufgewachsen in Heidelberg                                                                                                                                                    |
| 1950-1955                     | Volksschule in Berlin                                                                                                                                                         |
| 1955-1964                     | Heidelberg, Besuch des Hölderlingymnasium                                                                                                                                     |
| April 1964                    | Abitur                                                                                                                                                                        |
| SS 1964 bis<br>WS 1966/67     | Studium der Psychologie an der Technischen<br>Universität Berlin bei Herrn Prof. Kirchhoff,<br>Herrn Priv. Doz. Kiener, Herrn Dr. Kreppner,<br>Herrn Dr. Miels, Frau Dr. Rohr |
| Nov. 1966                     | Vordiplom in Psychologie                                                                                                                                                      |
| SS 1967 bis<br>WS 1969/70     | Weiterstudium der Psychologie an der Freien<br>Universität Berlin bei den Herren Professoren<br>Hörmann, Holzkamp, Jäger sowie Frau Dr. Manns                                 |
| Mai 1970                      | Diplomprüfung in Psychologie                                                                                                                                                  |
| Juni 1970 bis<br>Januar 1972  | Praktische Tätigkeit in der Erziehungs-<br>und Süchtigenberatung,<br><br>Nebentätigkeit am Max-Planck-Institut für<br>Psychiatrie, München                                    |
| Februar 1972<br>bis Juli 1974 | Projektleiterin am Max-Planck-Institut für<br>Psychiatrie, München                                                                                                            |
| ab September 1974             | Psychotherapeutische Praxis, Nebentätigkeit<br>und Lehrauftrag an der Universität München,<br>Psychologisches Institut, Klinische Abteilung                                   |







